

 IAESC INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA	Favorecido	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC		
	CNPJ	76.726.884/0044-68		
	Banco	237 - Bradesco		
	Agencia	2693		
	C. Corrente	11272-0		
Dados do reembolso - Seguro Aluno				
Código	Nome Aluno (a)			
3334	Raquel Jornook Fritzen			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 18,13	122.916	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 18,13	Total Reembolso			

Araquari, 29 de Setembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raquel Jornooki Fritzen
Nº da Carteirinha: 13.3.3334
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 24/07/2006

Nº da Guia: 13269

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/09/2023	09:24:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna foi buscar bola e não viu que havia barro na grama, escorregou machucando tornozelo e joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(44) 99932-0001
Grazielly Oliveira	(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Oliveira	08/09/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Observações

Foi aplicado gelo no local, feito limpeza no joelho e encaminhado para avaliação medica, responsável ciente.

Ass.:

Syendra Oliveira

Erenice Pereira De Araujo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Joinville, 8 de setembro de 2023.

Raquel Jornooki Fritzen

USO ORAL

1- DIPIRONA 500mg_____ 1 CX
1CP VO 6/6H SE DOR

2- IBUPROFENO 300mg_____ 1 CX
1CP VO 8/8H 3 DIAS

Augusto Cesar Lopes
Ortopedia & Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 27362 RQE 21849 TEOT 18883

Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC CEP: 89204250 TELEFONE: 4734331518 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.122.916 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 0984 6834 8101 0059 5500 1000 1229 1612 3110 8099 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342230206177585 - 08/09/2023 11:48:17
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 08/09/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 08/09/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 11:48:14

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 23,89
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 5,76	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 18,13		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000004009	IBUPRIL C/20 CPR 300MG [L:VE341146 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$3,91]	30049029	0 41	5929	UN	1	16,47000000	16,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002046	DIPIRONA EMS C/10 CPR 500MG GEN [L:3M0159 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$1,85]	30049069	0 41	5929	UN	1	7,42000000	7,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 463209 NFC-e nr. 4477969 Serie ECF Emitido em: 08/09/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 18,13 Valor do ICMS = 3,08 Valor do ICMS Desonerado: 2,18	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



Paciente	Raquel Jornooki Fritzen		Atendimento	8.421.390	Leito	1
Data Nascto.	24/07/2006	17 Anos	Prontuário	1.280.873		
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	08/09/2023		
Telefone	984280824		Convênio	Escola Adventista Básico		
Data evolução	Liberação	Profissão	Tipo evolução	Especialidade	Profissional	Cod prof
08/09/2023 11:34	08/09 11:34	Médico	Resumo Alta Pronto Atendimento		Augusto Cesar Lopes	CRM 27362

Avaliação: EME - Resumo de alta PRONTO ATENDIMENTO

Resumo de Alta PRONTO ATENDIMENTO :

Razão da admissão : Paciente sofreu queda da propria altura durante atividade fisica, dor em Pé a D e joelho a E.

Achados significativos : TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO

Diagnóstico : S800 - CONTUSAO DO JOELHO, S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

Procedimentos realizados : Rx Joelho AP/Perfil/Axial de Patela (1) ;Rx Tornozelo AP/Perfil/Obliquas (1)

Medicamentos : Não realizado

Outros tratamentos : Rx Joelho AP/Perfil/Axial de Patela (1) ;Rx Tornozelo AP/Perfil/Obliquas (1)

Condição do paciente : Melhorado

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1280873	Atendimento	8421390	ID	
Nome	Raquel Jornooki Fritzen	Sexo	Feminino	Paciente:	1689674
Mãe	Nelsi Noeli Jornooki Fritzen	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	13269
Data Nascto	24/07/2006	Cód.Usuário	1333334	Funcionário	Janaina.L
Idade	17 anos e 1	Senha		Dt.Validade	08/09/2023
Data	08/09/2023	Hora	10:42	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Cópia do doc + autorizacao em anexo		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operação de Plano privado de Assistência à Saúde, razão pela qual não possui responsabilidade sobre eventual recusa ou falta de autorização da Operadora de Plano privado de Assistência à Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial.

II. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado.

III. O paciente e/ou responsável declara conhecer a apólice/contrato de sua Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, seus termos e condições; existência de períodos de carência e itens de cobertura, exclusão e restrição, razão pela qual assume total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos das despesas que não estejam englobadas em sua relação com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.

IV. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente perante o Hospital, inclusive em relação às obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, forem imprescindíveis para a saúde do paciente, seja em decorrência do caráter particular atribuído ao atendimento, seja em relação à recusa total ou parcial da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.

V. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, caso as despesas apuradas não sejam cobertas ou reembolsadas pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão logo receba a negativa da operadora.

VI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva da paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.

VII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência das normas e condições preestabelecidas pelo Hospital, tais como: respeitar a vedação legal para tabagismo; não trazer alimentos; respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e funcionários entre outros conforme a identificação dos Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.

VIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.

IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, quando necessário e aplicável ao caso, serão formalizados termos de consentimento específicos, de acordo com a avaliação e orientação médica, destinados a esclarecer ao paciente e/ou responsável os fatos e eventos relacionados com os procedimentos que serão realizados.

X. O paciente e/ou responsável está ciente de que o Hospital mantém uma estrutura de ensino e os participantes deste programa podem fazer parte dos processos de cuidado e tratamento, mediante supervisão do profissional responsável.

XI. Para todas as questões oriundas do presente documento, será competente o Foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

XII. O responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abrange, além da obrigação principal de pagamento, todos os acessórios, penalidades, multas, juros, custas, honorários de advogado, indenizações e tudo o que derivar da prestação de serviços médicos - hospitalares e sua execução, bem como todas as repactuações de valor, seja por força de lei, seja por acordo entre as partes.

XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a realização de todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que porventura se fizerem necessários.

XIV. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.

XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o Hospital Dona Helena não compartilha dados com empresas de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.

XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.

XVII. O paciente e/ou responsável AUTORIZA a utilização do seu endereço de e-mail e/ou telefone celular (SMS, Whatsapp) para recebimento de boletins técnicos, informes gerais, campanhas publicitárias do Hospital Dona Helena e/ou de seus parceiros, bem como para ações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da mesma instituição.

XVIII. Este instrumento poderá ser extinto a qualquer tempo em razão de questões de natureza técnica do Hospital, que impeçam a continuidade dos serviços, dentre outras hipóteses.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo

Joinville, 8 de setembro de 2023



HOSPITAL DONA HELENA - Recepção

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF