

|                                                                                                                                                                      |                           |                                                                  |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| <br><b>IAESC</b><br><small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small> | <b>Favorecido</b>         | <b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b> |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>CNPJ</b>               | <b>76.726.884/0044-68</b>                                        |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>Banco</b>              | <b>237 - Bradesco</b>                                            |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>Agencia</b>            | <b>2693</b>                                                      |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>C. Corrente</b>        | <b>11272-0</b>                                                   |                  |  |
| <b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>                                                                                                                             |                           |                                                                  |                  |  |
| <b>Código</b>                                                                                                                                                        | <b>Nome Aluno (a)</b>     |                                                                  |                  |  |
| 2709                                                                                                                                                                 | Saulo Mendes Fonseca Lima |                                                                  |                  |  |
| <b>Descrição dos Gastos</b>                                                                                                                                          |                           |                                                                  |                  |  |
| <b>Valor</b>                                                                                                                                                         | <b>NF</b>                 | <b>Prestador</b>                                                 | <b>Descrição</b> |  |
| R\$ 184,52                                                                                                                                                           | 122.805                   | Cia Latino Americana de                                          | Medicamentos     |  |
| <b>R\$ 184,52</b>                                                                                                                                                    | <b>Total Reembolso</b>    |                                                                  |                  |  |

Araquari, 29 de Setembro de 2023.

*Syendra oliveira*  
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira  
Enfermeira  
COREN N: 639647

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Saulo Mendes Fonseca Lima

Nº da Carteira: 13.3.2709

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 24/06/2006

Nº da Guia: 13180



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 03/09/2023         | 09:07:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Joelho Esquerdo |

| Descrição                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno estava jogando futsal, quando numa dividida acabou caindo com o joelho sobre o piso e sentir fortes dores. Inchando o joelho. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Bruno Rederd             | (47) 3447-7461 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Bruno Rederd                    | 03/09/2023 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

| Observações                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido com e gelo e pomada. Contudo não apresentou melhoras e estamos encaminhando o aluno para atendimento médico. |

Ass.:

*Syendra Oliveira*

Geazi Gomes de Oliveira

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

4  
2,3

Joinville, 3 de setembro de 2023.

**Saulo Mendes Fonseca Lima**

USO ORAL

1- BEXAI \_\_\_\_\_ 1 CX  
1 CP 12/12H 4 DIAS

USO EXTERNO

LOXONIN FLEX \_\_\_\_\_ 1CX  
APLICAR NO LOCAL DA DOR

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



Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)



|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS</b><br>RUA BLUMENAU, 138<br>CENTRO<br>JOINVILLE<br>SC<br>CEP: 89204250<br>TELEFONE: 4734331518 | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR<br>DA NOTA FISCAL<br>ELETRÔNICA<br>0 - Entrada 1<br>1 - Saída 1<br>Nº 000.122.805<br>SÉRIE : 1<br>FOLHA: 1 de 1 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>4223 0984 6834 8101 0059 5500 1000 1228 0512 3124 7090<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da Sefaz Autorizadora |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL                                                                        |                                                                                                                                                    | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>342230201718743 - 03/09/2023 12:35:55                                                                                                                                                                                                                    |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                        | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA                                                                                                                 | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

|                                                     |                               |                                |                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |                               | CNPJ/CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>03/09/2023                   |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA, 1447                    | BAIRRO/DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730-070               | DATA DE SAÍDA/ENTRADA<br>03/09/2023             |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                               | FONE/FAX                      | UF<br>PR                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>12:35:51 |

## FATURA

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                       |                                    |                                 |                                   |                                    |  |                                    |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 |                         | VALOR DO ICMS<br>0,00 |                                    | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 |                                   | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 |  | VALOR TOTAL DCS PRODUTOS<br>184,52 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00            | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>184,52      |  |                                    |

## TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |         |                                |             |               |                    |          |
|--------------|---------|--------------------------------|-------------|---------------|--------------------|----------|
| RAZÃO SOCIAL |         | FRETE POR CONTA<br>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 |
|------------|-------------------------------------------------|----------|------|------|-------|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|---------------------------|
| 1000024647 | BEXAI C/10 CAPS 35MG<br>[L:3B0917 Qt:1]         | 30049039 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 71,39000000    | 71,39       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | ICMS      | IPI  | 0,00                      |
| 1000021086 | LOXONIN FLEX C/7 ADES 100MG<br>[L:B023LBB Qt:1] | 30049029 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 113,13000000   | 113,13      | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Nr. Fabricação do ECF: EPI21810000000024370<br>COO: 259009<br>NFC-e nr. 4476483 Serie ECF Emitido em: 03/09/2023<br>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br>Base de cálculo de ICMS = 184,52<br>Valor do ICMS = 31,37 Valor do ICMS Desonerado: 22,15 | RESERVADO AO FISCO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Joinville, 3 de setembro de 2023.

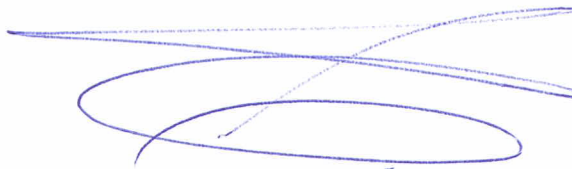
Emergência Ortopédica

**Saulo Mendes Fonseca Lima**

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Saulo Mendes Fonseca Lima** necessita de ( Quatorze ) dia(s) de afastamento de **atividades físicas**, a partir desta data, por motivos de saúde.

**Atendimento: 8413109**

Augusto Cesar Lopes  
Ortopedia & Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM 27362 RQE 21349 TEOT 18883



Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)



HOSPITAL  
Dona  
HELENA

## RESUMO DE ALTA PRONTO ATENDIMENTO

2,3

|                  |                           |           |                                |               |                          |           |   |
|------------------|---------------------------|-----------|--------------------------------|---------------|--------------------------|-----------|---|
| Paciente         | Saulo Mendes Fonseca Lima |           |                                | Atendimento   | 8.413.109                | Leito     | 1 |
| Data Nascto.     | 24/06/2006                | 17 Anos   |                                | Prontuário    | 1.311.710                |           |   |
| Sexo             | Feminino                  |           |                                | Dt. Entrada   | 03/09/2023               |           |   |
| Telefone         | 997730446                 |           |                                | Convênio      | Escola Adventista Básico |           |   |
| Data evolução    | Liberação                 | Profissão | Tipo evolução                  | Especialidade | Profissional             | Cod prof  |   |
| 03/09/2023 12:27 | 03/09 12:27               | Médico    | Resumo Alta Pronto Atendimento |               | Augusto Cesar Lopes      | CRM 27362 |   |

Evolução duplicada do atendimento de origem

**Avaliação:** EME - Resumo de alta PRONTO ATENDIMENTO

**Resumo de Alta PRONTO ATENDIMENTO :**

**Razão da admissão :** refere dor no joelho esquerdo

**Achados significativos :** DOR EM JOELHO ESQUERDO APOS TRAUMA TORCIONAL

**Diagnóstico :** M255 - DOR ARTICULAR

**Procedimentos realizados :** Rx Joelho AP/Perfil ( 1 ) ;Rx Joelho AP/Perfil/Obliquas ( 1 )

**Medicamentos :** Não realizado

**Outros tratamentos :** Rx Joelho AP/Perfil ( 1 ) ;Rx Joelho AP/Perfil/Obliquas ( 1 )

**Condição do paciente :** Melhorado

Impresso por: Augusto Cesar Lopes (CRM - 27362)

Impresso 03/09/2023 12:27:57

Augusto.Lopes

CATE2755





8413109

**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

Prontuário 1311710

Nome **Saulo Mendes Fonseca Lima**

Mãe Graciane Mendes Fonseca Lima

Data Nascto 24/06/2006

Idade 17 anos e 2

Data 03/09/2023

Convênio Escola Adventista

Atendimento 8413109

Sexo Feminino

Clínica Emergência Ortopédica

Cód.Usuário 1332709

Senha

Hora 12:00

Obs. Conv.: Guia em anexo

ID

Paciente: 1725695

Guia 8413109

Funcionário Nicolle.Barros

Dt.Validade 03/09/2023

Responsável Reginaldo Luis Oliveira

4,3

**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, 3 de setembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF