

 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)			
2709	Savio Mateus Lourenço Ruis			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 106,10	124.334	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 106,10	Total Reembolso			

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Savio Mateus Lourenço Ruis

Nº da Carteirinha: 13.3.2709

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/10/2005

Nº da Guia: 14369



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/11/2023	14:21:00	Parque Aquático	Festa da Amizade

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
O aluno estava no parque aquático. Veio a torcer o pé durante a festa quando estava correndo. Começou a sentir apenas pela manhã.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi Gomes	03/11/2023

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

Observações
O aluno foi atendido inicialmente com gelo e pomada. Não havendo melhora o aluno está sendo direcionado 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 (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, 3 de novembro de 2023.

Sr. Savio Mateus Lourenco Ruis

USO INTERNO

1. FLANCOX 500MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. LISADOR ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 08 EM 08 HORAS POR 5 DIAS.

RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR)

AMBULATÓRIO DO PÉ/TORNOZELO

DR CASSIO

LIGAR NO TELEFONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR CONSULTA.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

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 - Saída 1

Nº 000.124.334

SÉRIE : 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
4223 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1243 3412 3163 0117

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ
84.683.481/0100-59

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342230256174294 - 03/11/2023 16:18:46

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ/CPF
15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO
03/11/2023

ENDEREÇO
JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO
BIGORRILHO

CEP
80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA
03/11/2023

MUNICÍPIO
CURITIBA

FONE/FAX

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA
16:18:41

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 106,10	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 106,10		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
9-Sem Frete

CÓDIGO ANT

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22100257 Qt:1]	30049079	5 41	5929	UN	1	49,02000000	49,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000007837	LISADOR C/24 CPR 5+10+500MG [L:B23A1938 Qt:1]	30049099	5 41	5929	UN	1	57,08000000	57,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370
COO: 273458
NFC-e nr. 4492416 Serie ECF Emitido em: 03/11/2023
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
Base de calculo de ICMS = 106.10
Valor do ICMS = 18.04 Valor do ICMS Desonerado: 12,73

RESERVADO AO FISCO

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1259338	Atendimento	8520082	ID	
Nome	Savio Mateus Lourenco Ruis	Sexo	Masculino	Paciente:	1662673
Mãe	Selma Cassiana Santana de Oliveira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	14369
Data Nascto	10/10/2005	Cód.Usuário	1332709	Funcionário	Caroline.Souza
Idade	18 anos	Senha		Dt.Validade	31/12/2023
Data	03/11/2023	Hora	15:	Responsável	
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização em anexo		

2-1

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 declara ter ciência 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 novembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF