

 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)	
2739			Giovana Gonçalves Hessel	
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 14,89	110485	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 104,12	110484	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 119,01			Total Reembolso	

IAESC
 Dpto. Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 054.304.029-38
 RH - IAESC

Tesouraria

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
 Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
 Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
 Araquari - Santa Catarina

Araquari, 15 de agosto de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovana Gonçalves Hessel

Nº da Carteirinha: 13.3.2739

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 30/11/2005

Nº da Guia: 6832



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/06/2022	15:14:00	Dormitório (Ex.: residencial)	antes do início do culto

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Olho Esquerdo

Descrição

A aluna estava a caminho do residencial feminino antes das atividades do culto, quando uma colega bateu em seu óculos, quando a parte que sustenta o óculos no nariz atingiu dentro do seu olho E. Foi realizada compressa fria e lavagem como soro fisiológico, porém com pouca melhora do quadro. O acidente ocorreu no dia 28/06 por volta das 18:45 da noite. A aluna foi assistida pelas preceptoras.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kerolaine	(47) 3447-7480
Yasmin	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisela	30/06/2022

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

Observações

A aluna estava a caminho do residencial feminino antes das atividades do culto, quando uma colega bateu em seu óculos, quando a parte que sustenta o óculos no nariz atingiu dentro do seu olho E. Foi realizada compressa fria e lavagem como soro fisiológico, porém com pouca melhora do quadro. O acidente ocorreu no dia 28/06 por volta das 18:45 da noite. A aluna foi assistida pelas preceptoras. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.904.029-38

Ass.:

João Teodoro de Azevedo Júnior

(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

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR. 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.110.485 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1			
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		CHAVE DE ACESSO 4222 0684 6834 8101 0059 5500 1000 1104 8512 2170 4068			
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 30/06/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 30/06/2022
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 17:36:10
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 19,85			
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 4,96	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA 14,89					
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	CNPJ/CPF
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO					
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.
QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI
ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS			
ICMS		IPI			
725374	IBUPROFENO PRATI C/20 CPR REV 600MG GEN [Vl. Desconto: R\$4,96]	30049029	0 41	5929	UN
1	19,85000000	19,85	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00		0,00	
DADOS ADICIONAIS					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EPI21810000000025028 COO: 327929 NFC-e nr. 4298922 Serie ECF Emitido em: 30/06/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 14.89 Valor do ICMS = 2.53 Valor do ICMS Desonerado: 1,79			RESERVADO AO FISCO		

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250 		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.110.484 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0684 6834 8101 0059 5500 1000 1104 8412 2175 3061 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 342220132342314 - 30/06/2022 17:36:13	
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 30/06/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 30/06/2022
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 17:36:10

FATURA
CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		121,52	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00	0,00	17,40	0,00	0,00	0,00	104,12			

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	
721818	LACRIFILM 10ML SOL OFT 5MG/ML	30049099	0 41	5929	UN	1	26,75000000	26,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
671649	PATANOL 5ML SOL OFT 1MG/ML [Vl. Desconto: R\$11,74]	30049059	0 41	5929	UN	1	72,11000000	72,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
727476	TOBRAMICINA LEGRAND 5ML SOL OFT 3MG/ML GEN [L:2S95121 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$5,66] (W)	30049099	0 41	5929	UN	1	22,66000000	22,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 327928 NFC-e nr. 4298920 Serie ECF Emitido em: 30/06/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 104,12 Valor do ICMS = 17,70 Valor do ICMS Desonerado: 12,49	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina
Receituário Médico

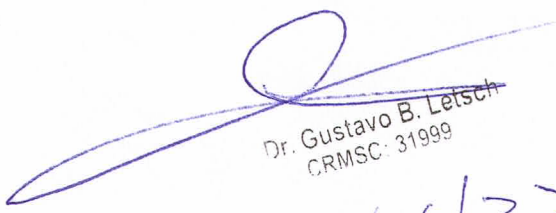
PACIENTE:

Giovana Hessel

VIA ORAL

1- IBUPROFENO 600mg

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 5 dias se dor ou febre


Dr. Gustavo B. Letsch
CRMSC: 31999

30/06/22.

Rodovia BR101 Km 64, nº17.400 Bairro Corveta Araquari - SC
Fone: (47) 3447-7400 www.iaesc.org.br

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Matheus Hendel (CRM 26734)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: **Giovana Goncalves Hessel**
Endereço: **BR 101, KM 64, 17400 Corveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 30 de junho de 2022

USO OFTALMOLÓGICO:

1 - LACRIFILM ----- 01 FRASCO

APLICAR 1-2 GOTAS 5x AO DIA NO OLHO AFETADO.

2 - OLOPATADINA 1,11 ----- 01 FRASCO

APLICAR 1 GOTA PELA MANHÃ E 1 GOTA À NOITE DO DIA POR ATÉ 3 DIAS NO OLHO AFETADO.

3 - TOBRAMICINA SOLUÇÃO OFTALMOLÓGICA ----- 01 FRASCO

APLICAR 2 GOTAS DE 4/4H POR 5 DIAS.

Dr. Matheus Hendel
Médico
CRM/SC 26734

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1269136	Atendimento	7689129	ID	
Nome	Giovana Goncalves Hessel			Paciente:	1674840
CPF	52882991886	Identidade		Religião	
Data Nascto	30/11/2005	Sexo	Feminino	Est. Civil	
Idade	16 anos e 7	Celular	997074093	CEP	89.245-000
Endereço	BR 101, KM 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Olivaldo Leitzke	CPF	64321002834	Telefone	981184101
Endereço	Rodovia BR - 101 KM 64,64,Corveta,	Clínica	Emergência Clínica		
Data	30/06/2022			Hora	16:26
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332739	Dt.Validade	31/12/2022
Guia	6832	Senha			
Funcionário	Bianca.Rafael				
Obs. Conv.:	Guia 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, 30 de Junho de 2022