

**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)
2005	Kerolin Cardoso de Oliveira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 83,97	80448	Cia Latino Americano de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 83,97	Total Reembolso		

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 050.904.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 28 de Setembro de 2020

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kerolin Cardoso de Oliveira
Nº da Carteirinha: 13.3.2005
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 17/05/2003

Nº da Guia: 2161

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/09/2020	14:41:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

A ALUNA ESTAVA JOGANDO BOLA QUANDO TROMBOU COM A COLEGA E CAIU E MACHUCOU O JOELHO.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diogo Mota	(47) 99172-7466
Joao Pedro Cardoso	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Malton	23/09/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Unimed de Joinville Cooperativa de Trabalho Médico	Rua Orestes Guimarães	905	Centro, Joinville - SC	(47) 34419690

Observações

A ALUNA ESTAVA JOGANDO BOLA QUANDO TROMBOU COM A COLEGA E CAIU E MACHUCOU O JOELHO.

Ass.: _____

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA DR JOAO COLIN LOJA 02, 620 FARMÁCIA PREÇOPOPULAR CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734337575 CEP: 89201300	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.080.448 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4220 0984 6834 8101 5956 5500 1000 0804 4812 0164 4092 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 342200150564953 - 24/09/2020 16:13:04
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 84.683.481/0159-56

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 24/09/2020
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 24/09/2020
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 16:12:51

FATURA**CÁLCULO DO IMPOSTO**

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 92,15
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 8,18	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 83,97	

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 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	
705653	ACHEFLAN - 75ML AERO 5MG/G [Vl. Desconto: R\$8,18]	30049099	5 60	5929	UN	1	56,5400	56,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
705203	MAXSULID - C/10 CPR 400MG	30049099	5 60	5929	UN	1	35,6100	35,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000018744 COO: 43140 NFC-e nr. 1513068 Serie ECF Emitido em: 24/09/2020 Base de calculo ST: 83.97 Valor ST: 2.52 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156	RESERVADO AO FISCO
---	---------------------------

Paciente **Kerolin Cardoso de Oliveira**

Nascto 17/05/2003 17a 4m 6d

Atendimento 5517612

Entrada 23/09/2020 15:48:15

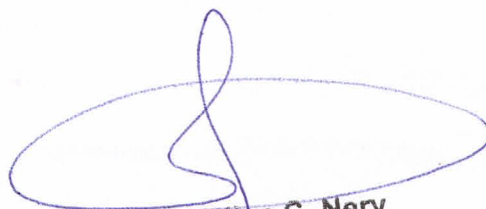
Convênio Particular. / Basico

Uso Oral

1) Maxsulid-----01 cx
1 comprimido de 12/12 horas

Uso tópico

2) acheflan spray-----01cx
Passar 2x ao dia


Luiz Felipe C. Nery
CRM/SC 16444
TEOT 13578 - RQE 21450
Ortopedia/Traumatologia

Impresso em 23/09/2020 16:17:45
Luiz.N

Dr. Luiz Felipe Cavalheiro Nery (CRM 16444)
PA Ortopedia

Curativos: obrigatória marcação prévia - Tel: 3441-9703
Horário para realização dos curativos: das 07 às 19 horas
Rua Orestes Guimarães, 905 - América - Joinville - SC
A Troca da Medicação Desta Receita é de Inteira Responsabilidade do Paciente.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Contratante/Paciente: _____

Nome	Kerolin Cardoso de Oliveira	Conjugué	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Feminino
Nome Pai	Antonio Valdir Cardoso de Oliveira	Cor	Branca
Nome Mãe	Lisi Ane Ferreira Cardoso	Nascimento	17/05/2003
Endereco	Rodovia BR 101 17400 Escola Adventista	Identidade	6.127.577
Bairro	Km 64	CPF	054.151.540-35
Naturalidade		Idade	17 Anos
		Cidade	Araquari
		Telefone	992742399
		Religião	Outra

Responsável _____

Nome	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	RG	8.241.223
Endereço	(nr.)	Parentesco	Outros
		CPF	047.310.029-07
		Telefone	992742399

TERMOS DO CONTRATO

Pelo presente instrumento, de um lado, o(a)PACIENTE ou RESPONSÁVEL acima qualificado e, de outro, a UNIMED DE JOINVILLE- COOPERA TIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ SOB O Nº 82.602.327/0001-06, representando neste ato o CENTRO HOSPITALAR UNIMED-CHU, sediado na Rua Orestes Guimarães,905, América, Joinville/sc, firmam contrato Particular de prestação de Serviços, que reger-se-á pelas cláusulas e condições seguintes:

- 1 - O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL, contrata a prestação de serviços médicos hospitalares bem como serviços auxiliares de diagnóstico e terapia indicados pelo médico responsável, ou por outros profissionais referenciados, serviços esses que se façam neces- sários e indispensáveis ao seu tratamento até a alta hospitalar prestados pelo próprio CHU ou outras entidades referenciadas (corpo clínico, laboratório, banco de sangue, exames complementares e outros).
 - 1.1 - O(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL responsabiliza-se pelas despesas originárias de quaisquer intercorrências ou procedimentos médicos que sejam necessários durante a internação ou atendimento ambulatorial.
 - 1.2 - O(A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL responsabiliza-se pelas despesas de acompanhante,bem como, com diárias de bebê(em atendimentos obstétricos),taxa de sala (no caso de procedimento cirúrgico) entre outros.
 - 2 - O CHU assume a obrigação de prestação ao PACIENTE de todo e qualquer atendimento médico que estiver ao seu alcance, executando os serviços contratados e os que se fizerem necessários, na melhor técnica aplicável.
 - 3 - O(A) paciente ou responsável declara ter sido orientado sobre as normas de funcionamento e conduta no hospital. Declara, outrossim, ter conhecimento dos valores de diárias e taxas cobradas pelo hospital bem como da forma de cobrança de medicamentos e materiais médicos. Honorários médicos são ajustados diretamente entre o médico assistente e/ou equipe médica e o paciente.
 - 3.1 - O CHU não se responsabiliza por valores ou pertences que sejam deixados em seus aposentos.
 - 4 - A conta será encerrada quando o(a) PACIENTE efetivamente deixar o CHU, sendo esta a data do seu vencimento, independentemente de qualquer notificação para configuração da dívida.
 - 4.1 - Em caso de mora, o débito será reajustado pelo IGPM/FGV(indice Geral De Preços de Mercado-divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou por outro que o substitua, assim como incidirá multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.
 - 4.2 - Caso a internação requeira atendimento em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, ou similares, o(a) PACIENTE ou RESPONSÁVEL deverá deixar em depósito os valores das despesas hospitalares (hospedagem e medicamentos) a cada 48(quarenta e oito) horas do tratamento prestado.
 - 5 - O (A) PACIENTE ou RESPONSÁVEL declara ter conhecimento de que o CHU não é conveniado ao SUS - Sistema Único de Saude, nem ao INSS - Instituto Nacional de Seguro Social.
 - 6 - O abaixo assinado FIADOR assume responsabilidade na condição de devedor solidário e principal pagador das despesas geradas pelos serviços ora contratados, renunciando expressamente ao benefício de ordem a que refere o artigo 827,§ único, do Código Civil e aos benefícios dos artigos 835, 837 e 838 do mesmo diploma.
 - 7 - O PACIENTE concorda prestar depósito no valor de R\$ _____,representado pelo _____,referente as despesas estimadas com internação, medicamentos e procedimentos solicitados.
 - 8 - Em havendo saldo credor em favor do PACIENTE, este lhe será devolvido decorridas 48 horas da compensação do cheque.
 - 9 - Havendo saldo devedor ou não tendo sido proposta qualquer garantia,o paciente ou responsável que firma o presente contrato, autoriza(m) desde já, a emissão de duplicata correspondente ao débito verificado.
 - 10- O PACIENTE ou RESPONSÁVEL e o FIADOR tem conhecimento de que a inadimplência das obrigações aqui assumidas redundará na inclusão de seu nome em cadastro restritivo de crédito.
 - 11- O presente contrato é realizado em caráter irrevogável, irretratável e intransferível, obrigando as partes, seus herdeiros e sucessores, tendo qualidade de título executivo extrajudicial, nos termos do art.585, II, do Código de Processo Civil.
 - 12- Para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
- E assim, por estarem de pleno e comum acordo, justos e contratados, assinam o presente instrumento em 2(duas) vias, de igual forma e teor forma, juntamente com as testemunhas abaixo subscritas.

Joinville, 24 de setembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente:Kerolin Cardoso de Oliveira
CPF: 054.151.540-35

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07