



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)
1434	Ariadny Ferreira de Andrade

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 16,48	85222	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 16,48			Total Reembolso

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

Tesouraria

Araquari, 12 de Maio de 2021

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ariadny Ferreira de Andrade
Nº da Carteira: 13.3.1434
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 25/03/2009 **Nº da Guia:** 3348

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2021	10:15:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava em aula de Educação Física jogando basquete e em dado momento ao recepcionar uma bola a mesma bateu na ponta dos dedos ocasionando um trauma no dedo anelar da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Paula	(47) 9617-9262

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coord Dicipina - Pedro.	11/05/2021

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 em aula de Educação Física jogando basquete e em dado momento ao recepcionar uma bola a mesma bateu na ponta dos dedos ocasionando um trauma no dedo anelar da mão esquerda.

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



CENTRO
JOINVILLE
SC
TEL/FAX: 4734337575
CEP: 89201300

**DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA**

0 - Entrada
1 - Saída **1**
Nº 000.085.222
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4221 0584 6834 8101 5956 5500 1000 0852 2212 1161 9050

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

342210084440551 - 11/05/2021 16:51:11

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

11/05/2021

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO
BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA DE SAÍDA ENTRADA

11/05/2021

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

16:50:46

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 18,46	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 1,98	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 16,48			

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 UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
738382	TYLENOL - C/10 CPR REV 750MG [VI. Desconto: R\$1,98]	30049045	0 41	5929	UN	1	18,4600	18,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: DR0512BR000000353022 COO: 328163 NFC-e nr. 1593279 Serie ECF Emitido em: 11/05/2021 MDS: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 16.48 Valor do ICMS = 2.80 Valor do ICMS Desonerado: 1.98	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
E TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Contratante/Paciente: _____

Nome	Ariadny Ferreira de Andrade	Conjuge			
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Feminino	Cor	Branca
Nome Pai	Pedro Henrique Martins de Andrade	Nascimento	25/03/2009		
Nome Mãe	Sabrina Ferreira de Andrade	Identidade	8.037.209	CPF	137.948.019-11
Endereco	BR 101 Km 64 17400	Idade	12 Anos		
Bairro	Corveta	Cidade	Araquari	Telefone	999730496
Naturalidade	Sao Jeronimo	Religião	Outra		

Responsável _____

Nome	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	RG	8.241.223	Parentesco	Outros
Endereço	(nr):	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 necessários 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 (Índice 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 Saúde, 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, 11 de maio de 2021

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Ariadny Ferreira de Andrade
CPF: 137.948.019-11

Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira
Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

Rotacion