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)
2094	Jessé Jaélson da Silva Junior

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R$ 8,90	84504	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R$ 8,90	**Total Reembolso**		

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

RH - IAESC

Araquari, 20 de Maio de 2021

Tesouraria

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jessé Jaélson da Silva Junior
Nº da Carteirinha: 13.3.2094
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 21/07/2004 | **Nº da Guia:** 3285

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2021	20:30:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Perna Direita

Descrição
O aluno estava em atividade esportiva e em dado momento de disputa de bola houve um choque de canela com canela, sendo que o aluno recebeu o primeiro atendimento pela enfermeira da escola com aplicação de gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Syendra Rinaldi	47 9773-0496
Erenice de Araujo	47 9773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Rinaldi	12/04/2021

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

Observações
O aluno estava em atividade esportiva e em dado momento de disputa de bola houve um choque de canela com canela, sendo que o aluno recebeu o primeiro atendimento pela enfermeira da escola com aplicação de gelo.

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

Ass.: _____

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 - Bigorrilho - 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

FARMÁCIA PREÇOPOPULAR

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.084.504
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
4221 0484 6834 8101 5956 5500 1000 0845 0412 1164 6040

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL	342210064467677 - 12/04/2021 16:53:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
255965770		84.683.481/0159-56

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			15.116.763/0004-12	12/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
JULIA DA COSTA, 1447	BIGORRILHO		80730-070	12/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
CURITIBA		PR		16:53:40

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	13,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0	0	5,00	0,00	0,00	0,00	8,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				

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	ALIQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
736853	CARISOP+DICLOF+PARACET+CAFEI NA EURO - C/15 CPR GEN [Vl. Desconto: R$5,00]	30049069	0 41	5929	UN	1	13,9000	13,90	0,00	0,00	0,00	0.00	0.00	0.00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Nr. Fabricacao do ECF: BE091210100011216131 COO: 418682 NFC-e nr. 1583166 Serie ECF Emitido em: 12/04/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 8.90 Valor do ICMS = 1.51 Valor do ICMS Desonerado: 1,07	

Receituário

Unimed de Joinville

Paciente	**Jesse Jaelson da Silva Junior**		
Nascto	21/07/2004 **16a 8m 22d**	Atendimento	5764090
Entrada	12/04/2021 15:25:31	Convênio	Particular. / Basico

BESEROL 01 CX .....
TOMAR 01 COMP VO DE 8/8/ HORAS

Dr. Mauro Marquiotti
Ortopedia & Traumatologia
CRM-SC 5350

Impresso em 12/04/2021 15:47:12 **Dr. Mauro Marquiotti (CRM 5350)**
Marquiotti 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	**Jesse Jaelson da Silva Junior**	Conjugê			
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino	Cor	Branca
Nome Pai	Jesse Jaelson da Silva	Nascimento	21/07/2004		
Nome Mãe	Vanessa Moreira da Silva	Identidade	1.470.183	CPF	125.568.329-59
Endereco	Antonio Teixeira de Andrade 279 casa			Idade	16 Anos
Bairro	Pinheirinho	Cidade	Curitiba	Telefone	999370134
Naturalidade	Curitiba	Religião	Adventist		

Responsável

Nome	Tassiane Polidoro	RG	5.120.632	Parentesco	Outros
Endereço	Br-101 (nr:17400)	CPF	037.357.210-79	Telefone	998804502

TERMOS DO CONTRATO

Pelo presente instrumento, de um lado, o(a)PACIENTE ou RESPONSÁVEL acima qualificado e, de outro, a UNIMED DE JOINVILLE- COOPERATIVA 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(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 beneficios 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 RESPONSAVÉL 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, 12 de abril de 2021

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente:Jesse Jaelson da Silva Junior
CPF: 125.568.329-59

Responsável: Tassiane Polidoro
CPF: 037.357.210-79

Tassiane Oliveira