

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código****2583****Nome Aluno (a)****Guilherme Castro Echtherhoff****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 86,97	83045	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 110,00	26828	Clinica de Ortopedia e Traumatologia S/S Ltda	Retorno Especialista(Consulta)
R\$ 196,97	Total Reembolso		

IAESC**Dpto. Pessoal****João Teodoro de Azevedo Júnior****CPF: 054.904.029-38****RH - IAESC****Tesouraria****Araquari, 25 de Março de 2021**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Guilherme Castro Echterhoff

Nº da Carteira: 13.3.2583

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 28/01/2005

Nº da Guia: 2221

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/02/2021	11:53:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

O aluno estava em atividade esportiva no horário de contra turno, participando de um jogo de vôlei e ao subir para realizar um bloqueio quando desceu no impacto com o chão torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptor André	47 9795-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Rinaldi	02/02/2021

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 no horário de contra turno, participando de um jogo de vôlei e ao subir para realizar um bloqueio quando desceu no impacto com o chão torceu o joelho.

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 - Bigorrião - 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 1 - Saída Nº 000.083.045 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 0284 6834 8101 5956 5500 1000 0830 4512 1154 0024 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 342210019580893 - 02/02/2021 15:58:18	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0159-56	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INST. ADVE SUL BRAS DE EDUCACAO			CNPJ/CPF 76.726.884/0044-68		DATA DA EMISSÃO 02/02/2021
ENDEREÇO BR 101 KM64, 17400		BAIRRO/DISTRITO CORVETAS		CEP 89200-000	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 02/02/2021
MUNICÍPIO JOINVILLE		FONE/FAX	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 15:58:06

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 110,30	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 23,33	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 86,97			

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 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	
732565	CELECOXIBE EURO - C/10 CAPS 200MG GEN (C1) [Vl. Desconto: R\$11,08]	30049079	0 41	5929	UN	1	38,2200	38,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
714809	PARATRAM - C/20 CPR 37,5+325MG (C1) [Vl. Desconto: R\$12,25]	30049039	0 41	5929	UN	1	72,0800	72,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: SW031400000000060119 COO: 157956 CFE. Cupom Fiscal: 1558229-CF-ECF Emitido em: 02/02/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 86.97 Valor do ICMS = 14.78 Valor do ICMS Desonerado: 14.78	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (NF-em)

Número da NF-em
26828

Data e Hora de Emissão
09/02/2021 11:14

Código de Verificação
9479233E-AA90-6CD2-044E-5E31CC2AAFFC

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **83.179.473/0001-25** Inscrição Municipal: **6290**
 Razão Social: **CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA S/S LTDA**
 Endereço: **RUA RIO DO SUL 91 - CENTRO**
 CEP: **89202-201** Inscrição Estadual:
 Município: **JOINVILLE** Estado: **SC**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **15.116.763/0004-12** Inscrição Municipal:
 Nome/Razão Social: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
 Endereço: **RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**
 CEP: **80730-070** Inscrição Estadual:
 Município: **CURITIBA** Estado: **PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

PROCEDIMENTO R\$110,00
 REFERENTE A CURATIVO E BRACE DE JOELHO DO PACIENTE GUILHERME CASTRO ECHTERHOFF
 EM 02.02.2021

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 110,00

Código do Serviço: **4.03** - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,

Valor Retenções (R\$)		Base Cálculo ISS (R\$)		Alíquota ISS (%)		Valor do ISS (R\$)			
0,00		110,00		2,00%		2,20			
PIS (0,00 %)		COFINS (0,00 %)		INSS (0,00 %)		IR (0,00 %)		CSLL (0,00 %)	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NF-em foi gerada com fundamento na Lei Complementar Municipal n. 286, de 21 de novembro de 2008, regulamentada pelo Decreto Municipal n. 30.798, de 08 de março de 2018.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Gilson Sakuma de Oliveira (CRM 11515)Rua: Orestes Guimarães, 905 - América
Fone: (47) 3441-9555
Joinville - SCPaciente: **Guilherme Castro Echterhoff**
Endereço: **Rod. 280, 17400 km 64 Corveta Araquari SC**
Prescrição:
USO INTFoxis (200) _____ 10 cps
tomar 1 cp VO de 12/12 hras.Paratram 1 cx
tomar 1 cp VO de 8/8 hras se dor.**CLINICA COT**
R. RIO DO SUL, 91
Fone.: 3433-4042**WhatsApp : (47) 988380270**
agendamento on-line.: cotjoinville.com.br**Dr. Gilson Sakuma de Oliveira**
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11515

02/02/2021

Gilson Sakuma de Oliveira (CRM 11515)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

Paciente **Guilherme Castro Echterhoff**

Nascto 28/01/2005 16a 5d

Atendimento 5674321

Entrada 02/02/2021 14:33:41

Convênio Particular. / Basico

Retorno

HD: FRATURA DE 1/3 PROXIMAL DA FIBULA SE DESVIO

Agendar retorno com Dr. GILSON SAKUMA

em 01 semana.

CLINICA COT
R. RIO DO SUL, 91

3433-4042

WhatsApp : (47) 988380270

agendamento on line.: cotjoinville.com.br

Dr. Gilson Sakuma de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11515

Impresso em 02/02/2021 15:25:45
Gilson

Dr. Gilson Sakuma de Oliveira (CRM 11515)
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	Guilherme Castro Echterhoff	Conjuge	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino
Nome Pai	Darlan Echterhoff	Cor	Branca
Nome Mãe	Cledi Vargas Castro	Nascimento	28/01/2005
Endereco	Rod. 280 17400 km 64	Identidade	7.699.868
Bairro	Corveta	CPF	095.861.519-56
Naturalidade	Uruguaiana	Idade	16 Anos
		Cidade	Araquari
		Telefone	34477461
		Religiao	Adventist

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, 02 de fevereiro de 2021

UNIMED
CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Guilherme Castro Echterhoff
CPF: 095.861.519-56

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07