



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)
2517	Jacqueline Lopes Tobias

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 44,78	83195	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 44,78	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: Jacqueline Lopes Tobias
Nº da Carteira: 13.3.2517
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 25/03/2004

Nº da Guia: 2222

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2021	14:02:00	CAMPO DE FUTEBOL	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição
A aluna estava participando da gincana, participou do cabo de guerra, onde veio a torcer o pulso da mão D. Orientada fazer gelo no local por 20 minutos. Não houve melhora da dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Moises	(47) 3447-7461
Syendra	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	07/02/2021

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

Observações
A aluna estava participando da gincana, participou do cabo de guerra, onde veio a torcer o pulso da mão D. Orientada fazer gelo no local por 20 minutos. Não houve melhora da dor.

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 - 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
1 - Saída 1
Nº 000.083.195
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4221 0284 6834 8101 5956 5500 1000 0831 9512 1112 2025

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
342210023923514 - 09/02/2021 11:34:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL
255965770

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ
84.683.481/0159-56

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 09/02/2021
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	UF PR
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 11:34:01

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 57,60
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 12,82	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 44,78

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	
703076	FLANCOX - C/10 CPR REV 400MG [Vi. Desconto: R\$5,10]	30049079	0 41	5929	UN	1	21.7000	21.70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
732595	LISADOR DIP - C/20 CPR 1000MG [Vi. Desconto: R\$7,72]	30049069	0 41	5929	UN	1	35.9000	35.90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000018744 COO: 52482 NFC-e nr. 1560088 Serie ECF Emitido em: 07/02/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 44,78 Valor do ICMS = 7,61 Valor do ICMS Desonerado: 5,37</p>	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Jacqueline Lopes Tobias**

Nascto 25/03/2004 16a 10m 13d

Atendimento 5680758

Entrada 07/02/2021 15:05:04

Convênio Particular. / Basico

USO ORAL

Flancox 400 mg 1 caixa - 10 comprimidos
tomar 1 cp via oral de 12 /12 horas, após as refeições, por 5 dias.

Lisador Dip 1 g 1 caixa
tomar 1 cp via oral de 6 em 6 horas, se dor.

Gelo local 3x ao dia 20 min.

AGENDAR CONSULTA COM ESPECIALISTA SE
PERSISTÊNCIA DA DOR

Clínica IOT 3433-2020 - Rua Blumenau, 1316 - Bairro América


Marcelo R. Hardt
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20287
TEOT 15316 / RQE 14785

Impresso em 07/02/2021 15:50:59
MarceloR

Dr. Marcelo Rassweiler Hardt (CRM 20287)
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	Jacqueline Lopes Tobias	Conjuge	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Feminino
Nome Pai	Adalton Lopes Tobias	Cor	Morena
Nome Mãe	Priscila Padilha Gonçalves	Nascimento	25/03/2004
Endereço	Rodovia Br 101 17400 Instituição	Identidade	7.558.564
Bairro	Km 64	CPF	122.419.419-56
Naturalidade	Joinville	Idade	16 Anos
		Cidade	Araquari
		Religião	Adventist
		Telefone	997730496

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, irretroatável 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, 07 de fevereiro de 2021

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Jacqueline Lopes Tobias
CPF: 122.419.419-56

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

Syendra R.