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)
2885	Poliana Polak de Araujo

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R$ 10,73	83867	Farmacia Popular	Medicamentos
R$ 10,73	**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: Poliana Polak De Araujo
Nº da Carteirinha: 13.3.2885
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/12/2006 | **Nº da Guia:** 3252

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2021	18:11:00	Sala de Aula	A colega estava brincando com o lápis proximo ao ouvido e quando a Poliana virou o rosto o lápis atingiu dentro do ouvido

O que aconteceu	Partes do corpo
Corpo estranho (**Ex.: cisco no olho, engoliu moeda**)	Rosto, Cabeça

Descrição
A colega estava brincando com o lápis próximo ao ouvido e quando a Poliana virou o rosto o lápis atingiu dentro do ouvido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleberson	(41) 9877-3717
Syendra Rinaldi Oliveira	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cleberson	15/03/2021

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 colega estava brincando com o lápis próximo ao ouvido e quando a Poliana virou o rosto o lápis atingiu dentro do ouvido.

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

Ass.: _____

João Teodoro de Azevedo Júnior

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

FARMÁCIA PREÇOPOPULAR

CENTRO
JOINVILLE
SC
TEL/FAX: 4734337575
CEP: 89201300

ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.083.867
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
4221 0384 6834 8101 5956 5500 1000 0838 6712 1215 9035

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
342210047609613 - 17/03/2021 10:52:17

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	15/03/2021
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
JULIA DA COSTA, 1447		BIGORRILHO		80730-070	17/03/2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA
CURITIBA		PR			10:52:06

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	13,41

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0	0	2,68	0,00	0,00	0,00	10,73

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 ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
32706	OTOSPORIN - 10ML SUSP 10000UI+10+5MG/ML (W) [Vl. Desconto: R$2,68]	30042099	0 41	5929	UN	1	13,4100	13,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Nr. Fabricacao do ECF: DR0512BR000000353022 COO: 323521 NFC-e nr. 1573463 Serie ECF Emitido em: 15/03/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA0870739415242463OB156 Base de calculo de ICMS = 10.73 Valor do ICMS = 1.82 Valor do ICMS Desonerado: 1,29	

Unimed de Joinville - Cooperativa de Trabalho Médico

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Apolinar Arias Panozo (CRM 645)

Rua: Orestes Guimarães, 905 - América
Fone: (47) 3441-9555
Joinville - SC

Paciente: **Poliana Polak de Araujo**
Endereço: **Br 101, 17140 colegio adventista Km 64 Araquari SC**
Prescrição:

Otosporin gotas Vd
pingar 2 gotas 6/6 hrs

Dr. Apolinar Arias Panozo
CRM 645
CPF: 007.213.109-82

15/03/2021

Apolinar Arias Panozo (CRM 645)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:		
Iden.:	Órg. Emissor:	
End.:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		Data: ___/___/___
		Assinatura do Farmacêutico

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Contratante/Paciente:

Nome	**Poliana Polak de Araujo**	Conjugê			
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Feminino	Cor	Branca
Nome Pai	Gilberto de Araujo Filho	Nascimento	02/12/2006		
Nome Mãe	Anna Keyse Hecke Polak de Araujo	Identidade	0.000.1	CPF	000.000.000-00
Endereco	Br 101 17140 colegio adventista			Idade	14 Anos
Bairro	Km 64	Cidade	Araquari	Telefone	997730496
Naturalidade	Curitiba	Religião	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- 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, 15 de março de 2021

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Poliana Polak de Araujo
CPF: 000.000.000-00

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07