



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)
2443	Rafael da Cunha Linhares

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 23,37	95275	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 23,37

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: Rafael da Cunha Linhares
Nº da Carteira: 13.3.2443
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 26/02/2009

Nº da Guia: 2224

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/02/2021	21:05:00	Pista de Skate	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava andando de skate quando então foi mudar o sentido que estava andando o mesmo acabou desequilibrando e caindo contra a mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	09/02/2021

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 recebeu os primeiros socorros pelo preceptor e a enfermeira da escola. Fora colocado compressa de gelo sobre o local.

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 GERMANO STEIN SALA 1B A 05B, 249 AMERICA JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331844 CEP: 89204090 		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.095.275 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 0284 6834 8101 0725 5500 1000 0952 7512 1233 4029 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 342210024469959 - 09/02/2021 23:47:11		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254919731		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0107-25	

DESTINATÁRIO/REMETENTE				CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL DE SAUDE				15.116.763/0004-12		09/02/2021	
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447			BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 89730-070		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/02/2021
MUNICÍPIO CURITIBA			FONE/FAX (41) 3240-2942		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 23:47:04

FATURA

BASE DE CÁLCULO DO 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		36,85	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DA NOTA	
0	0	13,48	0,00		0,00	0,00		23,37	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS				FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEIC		UF	CNPJ/CPF	
RAZÃO SOCIAL				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	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
702736	PARACETAMOL PRATI - C/20 CPR 500MG GEN [Vl. Desconto: R\$8,89]	30049045	0 41	5929	UN	1	14,4500	14,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
725374	IBUPROFENO PRATI - C/20 CPR REV 600MG GEN [Vl. Desconto: R\$4,59]	30049029	0 41	5929	UN	1	22,4000	22,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Nr. Fabricacao do ECF: EP12201000000039213
 COO: 716
 NFC-e nr. 2400808 Serie ECF Emitido em: 09/02/2021
 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
 Base de calculo de ICMS = 23.37
 Valor do ICMS = 3.97
 Valor do ICMS Desonerado: 2.81

RESERVADO AO FISCO



Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Rafael da Cunha Linhares**

Nascto 26/02/2009 11a 11m 14d

Atendimento 5684448

Entrada 09/02/2021 22:20:54

Convênio Particular. / Basico

USO ORAL:

1. PARACETAMOL 500 10 CPS

TOMAR 1 COMP VIA ORAL DE 8/8 HORAS SE DOR.

2. IBUPROFENO 600 10 CPS

TOMAR 1 COMP. VIA ORAL DE 8/8 HORAS POR 4 DIAS.


Dr. Carlos H. Maçaneiro Junior
CRM-SC 17596
TEOT 14986 - RQE 16739
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Impresso em 09/02/2021 23:25:21
Carlos M

Dr. Carlos Henrique Macaneiro Junior (CRM 17596)
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	Rafael da Cunha Linhares	Conjuge	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino
Nome Pai	Mauri Mario Linhares	Cor	Branca
Nome Mãe	Marcia Eliane da Cunha	Nascimento	26/02/2009
Endereço	Br 101 17900 Colegio Adventista	Identidade	6.811.329
Bairro	km /64	Cidade	Araquari
Naturalidade	Itajai	Religião	Adventist
		CPF	100.478.189-05
		Idade	11 Anos
		Telefone	997730496

Responsável _____

Nome	Reginaldo Luis Oliveira	RG	7.538.026	Parentesco	Mãe
Endereço	(nr:)	CPF	038.363.599-36	Telefone	991040543

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(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 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, 09 de fevereiro de 2021

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Rafael da Cunha Linhares
CPF: 100.478.189-05

Responsável: Reginaldo Luis Oliveira
CPF: 038.363.599-36

Maurena J.

NOME:

NOME