

**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)
1996	Henrico Correa

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 17,28	81364	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 17,28**Total Reembolso**

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 11 de Novembro de 2020

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA DR JOAO COLIN LOJA 02, 620  FARMÁCIA PREÇOPOPULAR CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734337575 CEP: 89201300		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.081.364 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4220 1184 6834 8101 5956 5500 1000 0813 6412 0123 7116 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 342200180661777 - 10/11/2020 12:03:07	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0159-56	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 10/11/2020
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 10/11/2020
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 12:02:58

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		29,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0	0	11,72	0,00	0,00	0,00	17,28			

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 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	
704421	NEOSULIDA - C/12 CPR 100MG [Vl. Desconto: R\$6,54]	30049079	0 60	5929	UN	1	12,3500	12,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
686440	DORILEN - C/12 CPR 5+10+500MG [Vl. Desconto: R\$5,18]	30049099	0 60	5929	UN	1	16,6500	16,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: DR0512BR000000353022 COO: 313950 NFC-e nr. 1529107 Serie ECF Emitido em: 10/11/2020 Base de calculo ST: 17.28 Valor ST: 0.52 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Henrico Correa**

Nascto 22/07/2006

14a 3m 19d

Atendimento 5574606

Entrada 10/11/2020 11:08:25

Convênio Particular. / Basico

USO INTERNO

1) NIMESULIDA 100MG _____ 01CX
TOMAR 1CP DE 12/12H POR 6 DIAS

2) LISADOR _____ 01CX
TOMAR 1 CP DE 6/6H SE DOR

NÃO PISAR

2 MULETAS

DRA JOCYMARA *PED*

DR MAURO MOURA, DR MAURO MARQUIOTTI, DR

PASSEM

OU DR DANIEL

CLINICA COT 34334042

WWW.COTJOINVILLE.COM.BR

WHATSAPP 988380270

GELD

*DRA ANA PAULA STRATMANN
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-SC 11875*

Impresso em 10/11/2020 11:36:01
Ana

Dra. Ana Paula Silva Stratmann (CRM 11875)
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	Henrico Correa	Conjuge	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino
Nome Pai	Reliani Carlis Pereira	Cor	Branca
Nome Mãe	Evandro Junior Correa	Nascimento	22/07/2006
Endereco	BR 101 17400 KM 64	Identidade	8.241.002
Bairro	Corveta	CPF	145.514.819-98
Naturalidade		Idade	14 Anos
		Cidade	Araquari
		Religião	
		Telefone	992742399

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 neces- sários 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, 10 de novembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Henrico Correa
CPF: 145.514.819-98

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

Pedro

NOME:
CPF:

TESTEMUNHAS

NOME:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrico Correa

Nº da Carteira: 13.3.1996

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 22/07/2006

Nº da Guia: 2210



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2020	17:50:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Escorregou em uma poça de água	Joelho Direito

Descrição

O aluno não viu a poça e escorregou nela torcendo assim o joelho

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcio	(00) 00000-0000
Bruno	(00) 00000-0000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcio	10/11/2020

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 Preceptor fez o primeiro atendimento ao aluno, colocou gelo e passou pomada, e foi encaminhado ao atendimento médico para uma melhor avaliação e tratamento.

Ass.:

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

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