



<b>Favorecido</b>	<b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b>
<b>CNPJ</b>	<b>76.726.884/0044-68</b>
<b>Banco</b>	<b>237 - Bradesco</b>
<b>Agencia</b>	<b>2693</b>
<b>C. Corrente</b>	<b>11272-0</b>

### Dados do reembolso - Seguro Aluno

Código	Nome Aluno (a)
2521	Vinicius Henrique Pereira

### Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 14,91	68848	CIA Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 300,00	24238	Clinica de Ortopedia e Traumatologia S/S LTDA	Consulta
<b>R\$ 314,91</b>	<b>Total Reembolso</b>		

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 06 de Outubro de 2020



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

Número da NF-em  
**24238**

Data e Hora de Emissão  
**06/10/2020 10:09**

Código de Verificação  
**A1A6EEA3-04D5-182F-  
 5E50-31E61CB5E3D5**

**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 ALAMEIDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**  
 CEP: **80730-070** Inscrição Estadual:  
 Município: **CURITIBA** Estado: **PR**

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE A CONSULTA MEDICA DE VINICIUS HENRIQUE PEREIRA  
 R\$300,00

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 300,00**

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\$)	
<b>0,00</b>	<b>300,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>6,00</b>	
PIS ( 0,00 %)	COFINS ( 0,00 %)	INSS ( 0,00 %)	IR ( 0,00 %)	CSLL ( 0,00 %)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**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.

**CIA LATINO AMERICANA DE  
MEDICAMENTOS**

RUA DO PRINCIPE, 405



CENTRO  
JOINVILLE  
SC

TEL/FAX: 4734344992  
CEP: 89201000

**DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA**

0 - Entrada  
1 - Saída **1**  
Nº 000.068.848  
SÉRIE : 1  
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4220 1084 6834 8101 0300 5500 1000 0688 4812 0103 0101

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

342200157972318 - 06/10/2020 10:52:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254798691

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

84.683.481/0103-00

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b>		CNPJ/CPF <b>15.116.763/0004-12</b>	DATA DA EMISSÃO <b>06/10/2020</b>
ENDEREÇO <b>JULIA DA COSTA, 1447</b>		BAIRRO/DISTRITO <b>BIGORRILHO</b>	CEP <b>80730-070</b>
MUNICÍPIO <b>CURITIBA</b>		FONE/FAX	UF <b>PR</b>
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA <b>10:52:34</b>

**FATURA**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS <b>0,00</b>	BASE DE CÁLCULO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>29,38</b>
VALOR DO FRETE <b>0</b>	VALOR DO SEGURO <b>0</b>	DESCONTO <b>14,47</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>14,91</b>

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA <b>9-Sem Frete</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
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	
695769	NIMESULIDA EMS - C/12 CPR G 100MG [Vl. Desconto: R\$14,47]	30049099	5 60	5929	UN	1	29,3800	29,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: SW03100000000008406 COO: 407085 NFC-e nr. 2300860 Serie ECF Emitido em: 06/10/2020 Base de calculo ST: 14.91 Valor ST: 0.45 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Vinicius Henrique Pereira  
**Nº da Carteira:** 13.3.2521  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 22/10/2003      **Nº da Guia:** 2165.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/10/2020	17:46:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo, Mão Direita

## Descrição

A bola veio em uma certa velocidade e no ato de defender ocasionou uma luxação no punho esquerdo e uma contusão no dedo indicador da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptor Bruno	05/10/2020

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

## Motivo do Retorno

Após o atendimento no hospital da Unimed pelo Dr. Mauro Marquiotti(CRM5350) foi solicitado uma consulta com o Dr. Wilson Ida o qual atende junto a Clínica de Ortopedia e Traumatologia COT .

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Contratante/Paciente:

Nome	Vinicius Henrique Pereira	Conjuguê			
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino	Cor	Branca
Nome Pai	Karen Cristina Pedroso	Nascimento	22/10/2003		
Nome Mãe	Maycon Carlos Pereira	Identidade	8.059.735	CPF	136.671.519-50
Endereço	Corveta 17400	Idade	16 Anos		
Bairro	Araquari	Cidade	Araquari	Telefone	34477400
Naturalidade	Brusque	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- 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, 05 de outubro de 2020

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Vinicius Henrique Pereira  
CPF: 136.671.519-50

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros  
CPF: 047.310.029-07

Najara

**Receituário**  
**Unimed de Joinville**

Paciente **Vinicius Henrique Pereira**

Nascto 22/10/2003      16a 11m 13d

Atendimento 5531082

Entrada 05/10/2020 14:49:37

Convênio Particular. / Basico

CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA C.O.T.  
Rua Rio do Sul, 91  
F: 3433 4042  
ou marcar consulta pelo site:  
<http://www.cotjoinville.com.br/> ou  
Whatsapp +55 47 98838 0270

DR WILSON IDA

  
Dr. Mauro Marquiotti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5350

06/10  
as 10h.

Impresso em 05/10/2020 15:36:59  
Marquiotti

Dr. Mauro Marquiotti (CRM 5350)

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.**

Para: VINICIUS HENRIQUE PEREIRA

1 -Uso: INTERNO Via: VIA ORAL  
NIMESULIDA 100 MG 1 CAIXA  
TOMAR COMPRIMIDO 12/12 HORAS

Obs:

Wilson Cardozo Iida  
CRM 11535-SC  
Ortopedia

JOINVILLE, 06/10/2020

■ contato@cotjoinville.com.br

📍 Rua Rio do Sul, 91 - Bucarein - Joinville/SC | Cep 89202-201

☎ +55 47 3433-4042

☎ +55 47 9 8838-0270 | 47 9 8836-7113

➔ <http://www.cotjoinville.com.br/>

VINICIUS HENRIQUE PEREIRA

LAUDO MEDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA SE ENCONTRA EM TTO MEDICO POR CID: S62.6 ( FRATURA DE DEDO ) HÁ 3 SEMANAS , EVOLUINDO COM DEDO EM MARTELO OSSEO , FRATURA COM DISCRETO DESVIO DORSAL , AVALIANDO RISCO E BENEFICIOS OPTADO POR MANTER TRATAMENTO CONSERVADOR ,

Wilson Cardozo Iida  
CRM 11535-SC  
Ortopedia

contato@cotjoinville.com.br

Rua Rio do Sul, 91 - Bucarein - Joinville/SC | Cep 89202-201

+55 47 3433-4042

+55 47 9 8838-0270 | 47 9 8836-7113

http://www.cotjoinville.com.br

08/10/2020

DR WILSON CARDOZO IIDA