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)
2521	Vinicius Henrique Pereira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R$ 55,00	62880	Centro Medico Diagnostico Por Imagem S/S Ltda	Raio X
R$ 55,00	**Total Reembolso**		

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 22 de Dezembro de 2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (NF-em)

Número da NF-em
62880

Data e Hora de Emissão
30/11/2020 09:15

Código de Verificação
639C0D46-E184-1DF2-98B6-B3BB310B2C42

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ:	**79.382.164/0001-80**	Inscrição Municipal:	**5581**
Razão Social:	**CENTRO MEDICO DIAGNOSTICOS POR IMAGEM S/S LTDA**		
Endereço:	**RUA DOUTOR MARINHO LOBO 80 - CENTRO**		
CEP:	**89201-020**	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:	**ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**		
CEP:	**80730-070**	Inscrição Estadual:	
Município:	**CURITIBA**	Estado:	**PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REF. EXAME DE RX DE VINICIUS HENRIQUE PEREIRA

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 55,00

Código do Serviço: **4.02** - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonogra

Valor Retenções (R$)	Base Cálculo ISS (R$)	Alíquota ISS (%)	Valor do ISS (R$)
0,00	**55,00**	**2,00%**	**1,10**

PIS (0,00 %)	COFINS (0,00 %)	INSS (0,00 %)	IR (0,00 %)	CSLL (0,00 %)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

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.

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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

Data de Nascimento: 22/10/2003 | **Nº da Guia:** 2165.002

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
Em retorno ao médico Dr. Wilson C. Ida foi solicitado um Raio-X para avaliação do trauma(fratura).

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

COT
CLÍNICA DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA

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/

COT
CLÍNICA DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA

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

06/10/2020

DR WILSON CARDOZO IIDA

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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Contratante/Paciente:

Nome	**Vinicius Henrique Pereira**	Conjugê			
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
Endereco	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- 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 clinico, 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, 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