

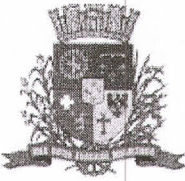
**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código****1792****Nome Aluno (a)****Stefani Ventura de Oliveira****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 300,00	117037	Instituto de Ortopedia e Traumatologia Santa Catarina Ltda	Consulta
R\$ 725,00	3040	Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda - EPP	Tratamento
R\$ 1.025,00	Total Reembolso		

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
3040

Data e Hora de Emissão
01/12/2020 23:36

Código de Verificação
**3E7E25FB-2091-FDF4-
 E78A-9B339E750A8C**



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **85.283.992/0001-64** Inscrição Municipal: **36167**
 Razão Social: **FISIOFORM CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO LTDA.- EPP**
 Endereço: **RUA PEDRO MAYERLE 160 - ATIRADORES**
 CEP: **89291-530** 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 ALMEIDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**
 CEP: **80730-070** Inscrição Estadual:
 Município: **CURITIBA** Estado: **PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente a 1 consulta e 10 atendimentos de Fisioterapia para Stefani Ventura de Oliveira

Dados Bancários para depósito:
 Banco do Brasil
 Agência: 3160-7
 Conta Corrente: 58814-8

Prezado cliente:
 "Em cumprimento a Lei 12.741/2012, informamos que o percentual aproximado dos impostos federais, estaduais e municipais que incidem sobre o serviço prestado é de 14,0134% Fonte: Tabela Simples Nacional."

419 2008

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 725,00

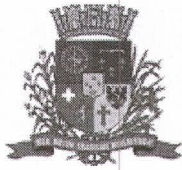
Código do Serviço: **4.08** - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Valor Retenções (R\$)	Base Cálculo ISS (R\$)	Alíquota ISS (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	725,00	2,00%	0,00
PIS (0,00 %)	COFINS (0,00 %)	INSS (0,00 %)	IR (0,00 %)
0,00	0,00	0,00	0,00
		CSLL (0,00 %)	
		0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (NF-em)

(CONVERSÃO DO RPS Nº 107474 SÉRIE U, EMITIDO EM 23/11/2020)

Número da NF-em

117037

Data e Hora de Emissão

24/11/2020 09:55

Código de Verificação

FACDC311-1F2A-663B-
FFBD-326E77EAB5B6



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ:

78.665.361/0001-44

Inscrição Municipal: 21997

Razão Social:

INSTITUTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SANTA CATARINA LTDA

Endereço:

RUA BLUMENAU 1316, SALA 21 A 23, 25 A 33 E 40 A 48 - AMERICA

CEP:

89204-322

Inscrição Estadual:

Município:

JOINVILLE

Estado: SC

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ:

15.116.763/0004-12

Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social:

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Endereço:

ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO

CEP:

80730-070

Inscrição Estadual:

Município:

CURITIBA

Estado: PR

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Servico Medico de Consulta

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\$)			
0,00		300,00		2,00%		6,00			
PIS (0,00 %)		COFINS (0,00 %)		INSS (0,00 %)		IR (0,00 %)		CSLL (0,00 %)	
1,95		9,00		0,00		0,00		3,00	

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.

- Esta NF-em substitui o RPS Nº 107474 Série U, emitido em 23/11/2020.

Joinville, 23 de novembro de 2020.

Stefani Ventura de Oliveira

FISIOTERAPIA 10 SESSOES

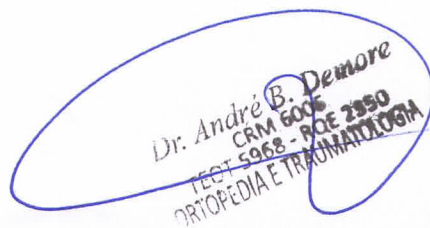
ANALGESIA

CICATRICIAL

ANTI EDEMA

PROPRIOCEPÇÃO

ENTORSE G 2 DE TORN



Dr. André B. Demore
CRM 6006
RCE 2350
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Andre Bergamaschi Demore (CRM 6006)

"Agende uma revisão caso os sintomas persistam"

Emitido em: 23/11/2020 14:51:25

Rua: Blumenau, 1316 | Cep 89204-322 | Bairro América
Joinville/SC | Brasil | Fone: 47 3433.2020 | Fax: 47 3043.8535
email iot@iot.com.br | www.iot.com.br

Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Stefani Ventura de Oliveira**

Nascto 27/05/2003 17a 5m 14d

Atendimento 5575419

Entrada 10/11/2020 20:08:19

Convênio Particular. / Basico

Passar por reavaliação com ortopedista (especialista pé e tornozelo) no período de 10 dias

Unimed 10T (34332020)

Dr. Kiri

Dr. Leandro

Dr. Andre

Dr. Marcelo

Dna. Luciana

14:40

23/11

Dr. André
Consulta:

R\$ 300,00

Radi-X + R\$ 47,00

Impresso em 10/11/2020 20:51:58
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	Stefani Ventura de Oliveira	Conjuge	
Estado Civil		Sexo	Feminino
Nome Pai	Cleverson Miguel de Oliveira	Cor	Morena
Nome Mãe	Solange Raquel de Oliveira	Nascimento	27/05/2003
Endereco	Br 101 Km 64 17400 casa	Identidade	6.955.534
Bairro	Corveta	CPF	105.189.989-32
Naturalidade	Jaragua Do Sul	Idade	17 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, 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, 10 de novembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Stefani Ventura de Oliveira
CPF: 105.189.989-32

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

brunine T. O. Borges
NOME:
CPF:

TESTEMUNHAS

NOME:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Stefani Ventura de Oliveira

Nº da Carteira: 13.3.1792

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 27/05/2003

Nº da Guia: 2217



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2020	10:33:00	Ginásio	treino de volei

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava no treino de vôlei, quando torceu o pé. Foi encaminhada para a Unimed. Prestada a assistência feito tala de gesso por 10 dias, e feito raio x, ao final retirada a tala e está em uso de robofut. Conforme a orientação médica estará fazendo retorno na clínica IOT.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dayane Dias	(00) 00000-0000
Syendra Oliveira	(00) 00000-0000

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

A aluna estava no treino de vôlei, quando torceu o pé. Foi encaminhada para a Unimed. Prestada a assistência feito tala de gesso por 10 dias, e feito raio x, ao final retirada a tala e está em uso de robofut. Conforme a orientação médica estará fazendo retorno na clínica IOT.

Ass.: Syendra Oliveira

Wander Marcio Caldeira Ostrufk

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

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