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	Andressa Alves

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R$ 124,04	93405	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R$ 124,04	**Total Reembolso**		

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

RH - IAESC

Araquari, 16 de Novembro de 2020

Tesouraria

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Andreza Alves
Nº da Carteirinha: 13.3.2159
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 24/01/2005 | **Nº da Guia:** 2213

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/11/2020	14:02:00	Dormitório (Ex.: residencial)	dentro do quarto

O que aconteceu	Partes do corpo
picada de inseto	Pé Direito

Descrição

A aluna observou o inchaço no pé direito, e a principio achou não ser picada de inseto. Foi passado pomada de prometazina e feito gelo no local. Não obteve melhora. Aumentando o vermelhidão e espalhando o edema e calor no local foi encaminhado para exames mais detalhados e medicação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dayane Dias	(00) 00000-0000
Simone (Preceptora)	(00) 00000-0000

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

Observações

A aluna observou o inchaço no pé direito, e a principio achou não ser picada de inseto. Foi passado pomada de prometazina e feito gelo no local. Não obteve melhora. Aumentando o vermelhidão e espalhando o edema e calor no local foi encaminhado para exames mais detalhados e medicação.

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 - Bigorrilho - 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

DROGARIA catarinense

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.093.405
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
4220 1184 6834 8101 0725 5500 1000 0934 0512 0015 2111

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL	342200183877259 - 14/11/2020 01:25:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
254919731		84.683.481/0107-25

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			15.116.763/0004-12	14/11/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
JULIA DA COSTA, 1447	BIGORRILHO		80730-070	14/11/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
CURITIBA		PR		01:25:04

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	128,22

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0	0	4,18	0,00	0,00	0,00	124,04

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 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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
738533	PREDNISOLONA EURO - C/10 CPR 20MG GEN [Vl. Desconto: R$4,18]	30043999	0 60	5929	UN	1	16,7000	16,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
728853	ALLEGRA D 24H - C/5 CPR REV LP 180+240MG	30049069	5 60	5929	UN	1	59,2400	59,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
649406	NISULID - C/12 CPR DISP	30049079	2 60	5929	UN	1	52,2800	52,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Nr. Fabricacao do ECF: SW031000000000007469 COO: 291985 NFC-e nr. 2367903 Serie ECF Emitido em: 14/11/2020 Base de calculo ST: 124.04 Valor ST: 3.72 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156	

Unimed Joinville

Receituário

Unimed de Joinville

Paciente	**Andreza Alves**		
Nascto	24/01/2005 **15a 9m 21d**	Atendimento	5580403
Entrada	13/11/2020 23:45:55	Convênio	Particular. / Basico

USO ORAL

1) PREDSIM 20 MG ..... 1 CX
TOMAR 1 CP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA POR 5 DIAS

2) ALLEGRA 24 HORAS ..... 1 CX
TOMAR 1 CP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA POR 5 DIAS

3) NISULID D ..... 1 CX
TOMAR 1 CP VIA ORAL 12/12 HORAS POR 3 A 5 DIAS

ACOMPANHAMENTO MEDICO
REAVALIAÇÃO PRECOCE EM CASO DE PERSISTENCIA OU NOVOS SINTOMAS

Orli Alberto Grudtner Jr.
Médico CRM SC 13030

Impresso em 14/11/2020 01:08:53
Orli

Dr. Orli Alberto Grudtner Junior (CRM 13030)
PA Emergencia Adulto

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.

Unimed de Joinville

Paciente	**Andreza Alves**		
Nascto	24/01/2005 **15a 9m 21d**	Atendimento	5580403
Entrada	13/11/2020 23:45:55	Convênio	Particular. / Basico

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima denominado(a) necessita de **4** (**Quatro.**) dia(s) de afastamento de atividades laborativas por motivo de ordem médica.

Eu, **Andreza Alves**, autorizo a inserção do código CID no presente documento.

Andreza Alves

CID: **W579 -**

Orli Alberto Grudtner Jr.
Médico CRM SC 13030

Orli Alberto Grudtner Junior
Médico
CRM 13030

Impresso em 14/11/2020 01:10:34

Documento emitido eletronicamente contendo os dados do profissional médico emitente. Dispensado carimbo manual.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Contratante/Paciente:

Nome	**Andreza Alves**	Conjugê			
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Feminino	Cor	Morena
Nome Pai	Jose Açves	Nascimento	24/01/2005		
Nome Mãe	Nelzia Terezinha Martins Alves	Identidade	5.915.201	CPF	107.478.729-37
Endereco	Br 101 Km 64 17400			Idade	15 Anos
Bairro	Corveta	Cidade	Araquari	Telefone	992742399
Naturalidade	Florianopolis	Religião			

Responsável

Nome	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	RG	8.241.223	Parentesco	
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 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 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, 13 de novembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente:Andreza Alves
CPF: 107.478.729-37

Syendra Oliveira

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07