



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)
2200	Ellis Ernani Cechelero Filho

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 15,68	23612	Cia Latino Americano de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 15,68 **Total Reembolso**

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 09 de Outubro de 2020

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ellis Ernani Cechelero Filho
Nº da Carteira: 13.3.2200
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 26/07/2001 **Nº da Guia:** 2164

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/10/2020	17:40:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
O aluno estava jogando basquete, quando seu colega acabou acertando um tapa em seu nariz, com a ideia de interceptar a bola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Antonio Agostinho	01/10/2020

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

Observações
O aluno estava jogando basquete, quando recebeu um tapa em seu nariz. O mesmo recebeu os primeiros socorros, com compressa de gelo, e então encaminhado para o atendimento hospitalar.

IAEBC
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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Ellis Ernani Cechelero Filho**

Nascto 26/07/2001 19a 2m 5d

Atendimento 5527688

Entrada 01/10/2020 18:49:47

Convênio Particular. / Basico

nimesulida 100 mg -----01 cx
tomar 1 cp 12/12 horas por 3 dias

soro fisiologico nasal -----01 frasco
lavar 2x/dia

ORIENTACOES

- gelo local por 2 dias
- evitar atividade fisica que envolva risco de trauma nasal por 5 dias


Dr. Carlos Augusto Fischer
CRM 9549
Médico Otorrinolaringologista

Impresso em 01/10/2020 19:42:05
Fischer

Dr. Carlos Augusto Fischer (CRM 9549)
PA Cirurgia

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	Ellis Ernani Cechelero Filho	Conjugué			
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino	Cor	Branca
Nome Pai		Nascimento	26/07/2001		
Nome Mãe	Maria Candida Ferreira	Identidade	1.309.810	CPF	000.000.000-00
Endereco	BR 101 0 KM 64			Idade	19 Anos
Bairro	Corveta	Cidade	Araquari	Telefone	999755858
Naturalidade	Curitiba	Religião	Adventist		

Responsável

Nome	RG	Parentesco
Endereço	CPF	Telefone

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 N° 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, 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, 01 de outubro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Ellis Ernani Cechelero Filho
CPF: 000.000.000-00

Responsável:
CPF:

Signd
10

Danielle

Sydney Oliveira

**CIA LATINO AMERICANA DE
MEDICAMENTOS**

RUA DR JOAO COLIN LOJA 02, 620



CENTRO
JOINVILLE
SC
TEL/FAX: 4734337575
CEP: 89201300

**DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA**

0 - Entrada 1
1 - Saída 1
Nº 000.083.196
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4221 0284 6834 8101 5956 5500 1000 0831 9612 1114 7025

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

342210023923522 - 09/02/2021 11:34:11

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 09/02/2021
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	HORA DE SAÍDA 11:34:01
		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 26,14
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 10,46	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 15,68

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	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	
704728	NIMESULIDA EURO - C/12 CPR 100MG [Vl. Desconto: R\$10,46]	30049079	0 60	5929	UN	1	26,1400	26,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000018744 COO: 43635 NFC-e nr. 1515531 Serie ECF Emitido em: 01/10/2020 Base de calculo ST: 15.68 Valor ST: 0.47 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------