



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.

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

Responsável		RG		Parentesco	
Nome		CPF		Telefone	
Endereço					

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, 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: _____

Suzandra Oliveira