

**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****2086****Nome Aluno (a)****Gabriel Ponte Zampronio****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 49,78	80447	Cia Latino Americano de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 725,00	2964	Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda - EPP	Tratamento
R\$ 774,78	Total Reembolso		

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro da Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

RH - IAESC**Tesouraria****Araquari, 14 de Outubro de 2020**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Ponte Zampronio

Nº da Carteirinha: 13.3.2086

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/04/2003

Nº da Guia: 2160

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/09/2020	21:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Ombro Esquerdo

Descrição

O aluno estava participando de uma partida de futsal como goleiro, e ao sair na bola o aluno caiu de mal jeito com o ombro no chão. A partir de então o aluno começou a sentir fortes dores no ombro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 34477-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enoque	22/09/2020

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

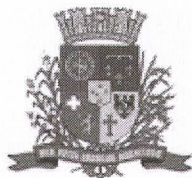
Observações

O aluno recebeu os primeiros atendimentos, e ao perceber que não houve melhora o mesmo está sendo encaminhado para o hospital.


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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (NF-em)

Número da NF-em
2964

Data e Hora de Emissão
09/10/2020 17:10

Código de Verificação
4E798D86-CFD7-7147-5653-709931A0A56E



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 Gabriel Pontezampromio

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 14,0064% Fonte: Tabela Simples Nacional."

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 %)		CSLL (0,00 %)	
0,00		0,00		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.

Joinville, 14 de Outubro de 2020

Atendimentos de fisioterapia para Gabriel Ponte Zampronio

Uma consulta de fisioterapia no valor de R\$ 90,00

Dez atendimentos de fisioterapia no valor de R\$ 63,50 cada um.

Totalizando R\$ 725,00



Gladis Gutierrez
Fisioterapeuta
CREFITO 85279-F

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA DR JOAO COLIN LOJA 02, 620 FARMÁCIA PREÇOPOPULAR CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734337575 CEP: 89201300		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.080.447 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4220 0984 6834 8101 5956 5500 1000 0804 4712 0161 9090 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 342200150563868 - 24/09/2020 16:12:14	
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 24/09/2020	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO			CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 16:11:24	

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 53,55	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 3,77	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00			VALOR TOTAL DA NOTA 49,78	

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	
705203	MAXSULID - C/10 CPR 400MG	30049099	5 60	5929	UN	1	35,6100	35,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
732594	LISADOR DIP - C/10 CPR 1000MG [Vl. Desconto: R\$3,77]	30049069	0 60	5929	UN	1	17,9400	17,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000018744 COO: 43141 NFC-e nr. 1513069 Serie ECF Emitido em: 24/09/2020 Base de calculo ST: 49.78 Valor ST: 1.49 MD5: 7F9BDDDE6AA08707394152424630B156	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Gabriel Ponte Zampronio**

Nascto 30/04/2003 17a 4m 24d

Atendimento 5517600

Entrada 23/09/2020 15:39:45

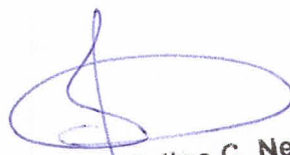
Convênio Particular. / Basico

Uso Oral

1) Maxsulid-----01cx
1 comprimido de 12/12 horas

2) Lisador dip 1g-----01cx
1 comprimido de 6/6 horas

3433 - 2020
IOT


Luiz Felipe C. Nery
CRM/SC 16444
TEOT 13578 - RQE 21450
Ortopedia/Traumatologia

Impresso em 23/09/2020 16:12:44
Luiz.N

Dr. Luiz Felipe Cavalheiro Nery (CRM 16444)
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.

Paciente **Gabriel Ponte Zamprônio**

Nascto 30/04/2003 17a 4m 24d

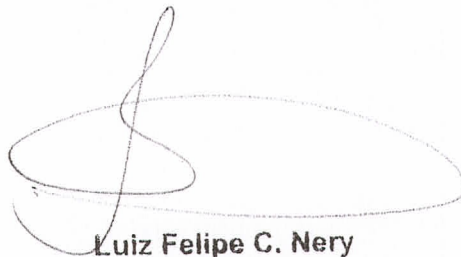
Entrada 23/09/2020 15:39:45

Atendimento 5517600

Convênio Particular. / Básico

Fisioterapia motora- 20 sessões

Encaminhado para fisioterapia motora devido a luxação gleno-umeral a esquerda.



Luiz Felipe C. Nery
CRM/SC 16444
TEOT 13578 - RQE 21450
Ortopedia/Traumatologia

Impresso em 23/09/2020 16:13:19
Luiz.N

Dr. Luiz Felipe Cavalheiro Nery (CRM 16444)
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	Gabriel Ponte Zampronio	Conjugué	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino
Nome Pai	Valmor Zampronio	Nascimento	30/04/2003
Nome Mãe	Eliane Ponte Zampronio	Identidade	6.978.927
Endereco	Rodovia BR 101 17400 Escola laesc	CPF	133.900.439-93
Bairro	KM 64	Idade	17 Anos
Naturalidade	Videira	Cidade	Araquari
		Religião	Outra
		Telefone	992742399

Responsável _____

Nome	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	RG	8.241.223
Endereço	(nr:)	CPF	047.310.029-07
		Parentesco	Outros
		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(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 beneficio 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 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, 24 de setembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente:Gabriel Ponte Zampronio
CPF: 133.900.439-93

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07