

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****CPF****76.726.884/0044-68****Banco****237 - Bradesco****Agencia****2693****C. Corrente****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código****Nome Aluno (a)****1851****Isadora da Silva Pugen****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 300,00	22055	COT - Clinica de ortopedia	Exames e Consultas
R\$ 725,00	2831	Fisioform Clinica de Fisio	10 Sessões de fisioterapia
R\$ 1.025,00	Total Reembolso		

IAESC

Dpto. Pessoal

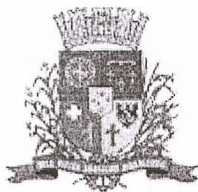
João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 25 de Junho de 2020



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

Número da NF-em
22055

Data e Hora de Emissão
17/06/2020 15:39

Código de Verificação
**9708E2BD-B12E-1F37-
136E-6F1EBB5DFAC9**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **83.179.473/0001-25** Inscrição Municipal: **6290**
Razão Social: **CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA S/S LTDA**
Endereço: **RUA RIO DO SUL 91 - CENTRO**
CEP: **89202-201** 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 ALAMEIDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**
CEP: **80730-070** Inscrição Estadual:
Município: **CURITIBA** Estado: **PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A CONSULTA DO PACIENTE ISADORA DA SILVA PUGEN R\$ 300,00



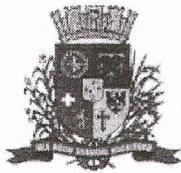
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 300,00

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 %)	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

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.



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

Número da NF-em
2831

Data e Hora de Emissão
22/06/2020 16:56

Código de Verificação
07EBC44D-D3D5-9C7F-F757-A8DBD363E9D1



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 Isadora da Silva Pugen

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 14,2081% 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.

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (DOC)

Data da operação: 23/06/2020 - 16h50

Nº de controle: 302311498079170186 | Documento: 1974727

Conta de débito: **Agência: 2693 | Conta: 0011272-0 | Tipo: Conta-Corrente**Empresa: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO | CNPJ: 076.726.884/0044-68**Nome do favorecido: **Fisioform Clínica de Fisioterapia**CNPJ: **85.283.992/0001-64**Conta de crédito: **Banco: 001 - BANCO DO BRASIL S.A. | Agência: 3160 | Conta: 5884148**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIV**Finalidade: **01 - CREDITO EM CONTA CORRENTE**Valor: **R\$ 725,00**Tarifa: **R\$ 1,98**Valor total: **R\$ 726,98**Tipo de transferência: **DOC - Titularidade Diferente****Crédito será realizado no próximo dia útil da data de débito**Data de débito: **23/06/2020**

A tarifa é cobrada por transferência realizada e para as operações agendadas poderá sofrer alteração de acordo com os valores vigentes na data do débito

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

Autenticação

Yd6gHSqE 8i3stBa6 ePNvZX9m K7W7qxGr fWQ9HCTW VIj9ogRZ 7GuSWZ@k 9FQ#iDJ7
mpVzioIt TGxuNyL3 z?aMeUov nIQsGTCn IwAtdLt? aQQFZNmj pd8XqJPK nyyZuiaY
sQmN7j57 BJGALRON fYkoGFI# Nom#7GDg je8lsO?q VJUN#P8z 72306970 01361807

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**Alô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco.**Ouvidoria** 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

Para: ISADORA DA SILVA PUGEN

SOLICITO FISIOTERAPIA 10 SESSÕES

COM DOR E EDEMA

- 1- Analgésica e anti-inflamatória enquanto estiver com dor e edema
- 2- Ganho de amplitude de movimento do tornozelo e pé

CONFORME MELHORA DA DOR E MELHORA DA DOR E DO EDEMA

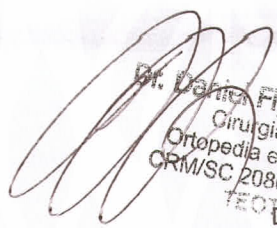
3- Reabilitação funcional da marcha

4- CINESIOTERAPIA Alongamento e fortalecimento da musculatura adjacente (tibiais, fibulares, gastrosóleo e intrínseca do pé)

5- Equilíbrio (simetria) muscular

6- Propriocepção

7- Mecanoterapia (continuar em academia)


Dr. Daniel Figueiredo F. Rosa
Cirurgia do Joelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20807 / RQE 12822
TEOT
DR. DANIEL FIGUEIREDO FACIOLI ROSA
CRM: 20807 - SC



Paciente **Isadora da Silva Pugen**

Nascto 18/06/2002 17a 11m 19d

Atendimento 5398301

Entrada 06/06/2020 23:18:40

Convênio Particular. / Básico

1- MAXSULID ---- 1 CX

TOMAR 1CP DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS

2- PARACETAMOL 750MG

TOMAR 1CP DE 6/6 HORAS SE TIVER DOR

GELO 3X/DIA 10MINUTOS 15'

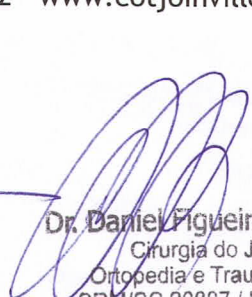
RETORNO 15 A 17/06

CLÍNICA COT -DR.DANIEL FIGUEIREDO

(JOELHO/ TRAUMA / MEDICINA ESPORTIVA)

TELEFONE - 3433-4042 www.cotjoinville.com.br

*carga parcial
com muletas*


Dr. Daniel Figueiredo F. Rosa
Cirurgia do Joelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20807 / RQE 12822
TEOT 12258

*- elevação
- Gelo 3x/dia 20min*

Impresso em 06/06/2020 23:59:21
Daniel

Dr. Daniel Figueiredo Facioli Rosa (CRM 20807)
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	Isadora da Silva Pugen	Conjuge	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Feminino
Nome Pai	Raul Rogerio Pugen	Cor	Branca
Nome Mãe	Angela Maria da Silva	Nascimento	18/06/2002
Endereco	rodovia br 101km64 17400 ESCOLA	Identidade	1.118.656
Bairro	Corveta	CPF	035.121.450-00
Naturalidade	Osorio	Idade	17 Anos
		Cidade	Araquari
		Religião	Adventist
		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, 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, 06 de junho de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Isadora da Silva Pugen
CPF: 035.121.450-00

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

Cinta Alhe