



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)
1548	Letícia Mistura Strücker

Descrição dos Gastos

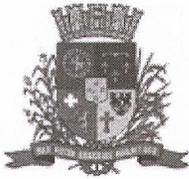
Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 250,00	10097	Otorrinos Clinica Ltda	Consulta/Exames

R\$ 250,00 Total Reembolso

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 16 de Novembro de 2020

 <p align="center">PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (NF-em)</p>	Número da NF-em 10097			
	Data e Hora de Emissão 12/11/2020 16:02			
	Código de Verificação A544AF9A-650B-7416-6F15-1DE2BA4BCEB5			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 02.874.837/0001-95	Inscrição Municipal: 60577			
Razão Social: OTORRINOS CLINICA LTDA				
Endereço: RUA RIO DO SUL 105 - BUCAREIN				
CEP: 89201-100	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: ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO				
CEP: 80730-070	Inscrição Estadual:			
Município: CURITIBA	Estado: PR			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS				
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - CONSULTA PARA Leticia Mistura Strücker DTA. NASC 09/06/2003				
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 250,00				
Código do Serviço: 4.01 - Medicina e biomedicina.				
Valor Retenções (R\$)	Base Cálculo ISS (R\$)	Aliquota ISS (%)	Valor do ISS (R\$)	
0,00	250,00	2,00%	5,00	
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.				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Letícia Mistura Strücker
Nº da Carteira: 13.3.1548
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 09/06/2003

Nº da Guia: 2212

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/11/2020	14:32:00	ATIVIDADE EXTRA CLASSE TRILIFE 08/11/20	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Obstrução e dor no ouvido.	Cabeça

Descrição

Aluna participou da atividade do trillife, uma atividade do calendário da escola, onde tem contato com água e lama; um dia após a atividade a aluna queixa sensação de líquido ou corpo estranho dentro do ouvido direito, mesmo limpando o ouvido com cotonete o incômodo permanece deixando bem desconfortável. Encaminharemos a aluna ao médico para verificar o que está obstruindo o ouvido direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Dayane Dias	(47) 99145-7146

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	12/11/2020

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

Observações

Aluna participou da atividade do trillife, uma atividade do calendário da escola, onde tem contato com água e lama; um dia após a atividade a aluna queixa sensação de líquido ou corpo estranho dentro do ouvido direito, mesmo limpando o ouvido com cotonete o incômodo permanece deixando bem desconfortável. Encaminharemos a aluna ao médico para verificar o que está obstruindo o ouvido direito.

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

Ass.:

João Teodoro de Azevedo Júnior

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 **Leticia Mistura Strucker**

Nascto 09/06/2003 17a 5m 3d

Entrada 12/11/2020 14:46:25

Atendimento 5578431

Convênio Particular. / Basico

a OTORRINOS CLINICA

DECONFORTO EM OUVIDO DIREITO

AVALIAÇÃO E CONDUTA

GRATO

Dr. Luiz Fernando R. Deud
Médico - CRM/SC 4266
Cirurgião Geral / Medicina do Trabalho
CPF: 440.429.389-15

Impresso em 12/11/2020 15:07:10
RAPOSO

Dr. Luiz Fernando Raposo Deud (CRM 4266)
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	Leticia Mistura Strucker	Conjuge	
Estado Civil		Sexo	Feminino
Nome Pai		Cor	Branca
Nome Mãe		Nascimento	09/06/2003
Endereco	Rodovia Br 101 17400 km64	Identidade	3.102.365
Bairro	Corveta	CPF	024.479.410-30
Naturalidade		Idade	17 Anos
		Cidade	Araquari
		Telefone	992742399
		Religião	

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- 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 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, irretroatável 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, 12 de novembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Leticia Mistura Strucker
CPF: 024.479.410-30

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

Syendra Oliveira

Joana M.V.