



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)
1493	Luiz Eduardo dos Santos Silveira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 14,90	80252	CIA Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 14,90	Total Reembolso
------------------	------------------------

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

Tesouraria

Araquari, 17 de Setembro de 2020

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiz Eduardo dos Santos Silveira
Nº da Carteirinha: 13.3.1493
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 11/11/2002

Nº da Guia: 2157

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/09/2020	09:21:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

O aluno estava jogando basquete e bateu com outro aluno ocorrendo a queda e batendo ao chão com o cotovelo direito.

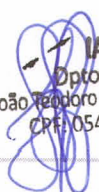
Testemunha da ocorrência	Telefone
Daniel Barreto	(47) 9251-8018

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 foi atendido pela Enfermeira do Colégio e encaminhado até a unidade de saúde.

Ass.:


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

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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Contratante/Paciente: _____

Nome	Luiz Eduardo dos Santos Silveira	Conjugué	
Estado Civil	Solteiro	Sexo	Masculino
Nome Pai	Luiz Antonio Lima Silveira	Cor	Branca
Nome Mãe	Maria Sonia Sanatna dos Santos Silveira	Nascimento	11/11/2002
Endereco	Rodovia Br 101 17400 casa	Identidade	3.958.397
Bairro	km 64	CPF	089.018.845-93
Naturalidade	Estancia	Idade	17 Anos
		Cidade	Araquari
		Telefone	992742399
		Religião	Adventist

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 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 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, 15 de setembro de 2020

UNIMED

CENTRO HOSPITALAR UNIMED

Paciente: Luiz Eduardo dos Santos Silveira
CPF: 089.018.845-93

Responsável: Syendra Rinaldi de Quadros
CPF: 047.310.029-07

g e u e n o s



Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Luiz Eduardo dos Santos Silveira**

Nascto **11/11/2002** **17a 10m 4d**

Atendimento **5507440**

Entrada **15/09/2020 10:29:24**

Convênio **Particular. / Basico**

USO INTERNO

NIMESULIDA 100MG _____ 12CP
TOMAR 1 CP DE 12/12H POR 6 DIAS

GELO

BURSITE OLECRANO POS TRAUMA

[Handwritten signature]
DRA. ANA PAULA SILVA STRATMANN
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Impresso em **15/09/2020 11:08:29**
Ana

Dra. Ana Paula Silva Stratmann (CRM 11875)
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.

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 1 Nº 000.080.252 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4220 0984 6834 8101 5956 5500 1000 0802 5212 0174 3092 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 342200144329248 - 15/09/2020 17:16:19	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0159-56	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO	
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				15.116.763/0004-12		15/09/2020	
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		CEP		DATA DE SAÍDA/ENTRADA	
RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447		BIGORRILHO		80730-070		15/09/2020	
MUNICÍPIO		FONE/FAX		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
CURITIBA		(41) 99612-0824		PR		HORA DE SAÍDA	
						17:16:10	

FATURA
CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		26,14	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0	0	11,24	0,00	0,00	0,00	14,90			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF		CNPJ/CPF	
			9-Sem Frete									
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\$11,24]	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: EP121810000000020155 COO: 51049 NFC-e nr. 1509873 Serie ECF Emitido em: 15/09/2020 Base de calculo ST: 14.90 Valor ST: 0.45 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

CNPJ: 84.683.481/0159-56
IE : 255.965.790

CUPOM FISCAL

QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
001	304320			

001 704728 #1300200#30049079#NIMESULIDA EURO : C12 CPR 1
00MG

desconto item 1	20,140
	-11,24

TOTAL R\$	14,90
CARTAO DEBITO	

OPERADOR: 173090 DOC: 1508873 VENDEDOR: 173090 CARTA: 14,90

TRIBUTOS APROX. R\$ 4,78 (32,08%) IPTU

* ----- A VISTA ----- *

Preço Popular de unidade é de R\$

1998 Populaci 3e Verdade e na PP

MD5: 7F9DB0DE6AA08707394152424630B156

exkkMPrJH/A56to7yVz4oZrA9jCoel/DjCawYT9098=

[illegible]

MARCA:EPSON MOD.:TM 1000

ECF-IF VERSÃO:01.02.01 ECF:012

.....(+P+0311+ 15/09/2020 11:21:23

FAB:EP121810000000020155

[illegible]

EN