

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Henrique Chaves Rodrigues

Nº da Carteirinha: 13.3.4495

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 30/04/2009

Nº da Guia: 18529



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2024	15:09:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava jogando basquete, mas acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enoque	11/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Observações

Ao percebermos que o aluno acabou deslocando o joelho encaminhamos para o pronto atendimento

Ass.: _____

Andre Luiz Rocha

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Contato: (41) 3340-2030 ou (41) 30005-0157



HOSPITAL
Dona
HELENA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Neves Campos (CRM 20308)

Blumenau, 123

Fone: (47) 34513333

Joinville - SC

2ª VIA PACIENTE

Dr. Bráulio Cesar de Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3525

Agende suas consultas e exames online através
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 03 de outubro de 2024

Paciente: Matheus Henrique Chaves Rodrigues

Endereço: Rua BR 101 KM 64, 64 Corveta Araquari SC

Data receita:

Prescrição:

USO ORAL:

1. DIPIRONA 1G _____ 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.

OU

2. PACO 30MG _____ 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR FORTE

3. CETOPROFENO 150MG _____ 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

USO LOCAL

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

IMOBILIZADOR LONGO DE JOELHO _____ 1 UN

UTILIZAR POR 15 DIAS, RETIRAR PARA TOMAR BANHO E DORMIR

CASO O PACIENTE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 DE 14/09/2015

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

Recebemos de HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado Emissão: 04/10/2024 - Dest.: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - Valor Total: 200,00

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 000.002.191
SÉRIE: 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS
MEDICOS LTDA**

RUA: LAGES, 649 SALAS 05 E 06
CENTRO - 89201 - 205
Joinville - SC Telefone: 4734342800

DANFE

Documento Auxiliar
de Nota Fiscal
Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº: 000.002.191

SÉRIE: 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

4224 1011 6045 9300 0111 5500 1000 0021 9118 6290 0004

Consulta de autenticidade no portal nacional
da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no
site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240189181992

04/10/2024 15:08:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL

256043124

INSCRIÇÃO EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

C.P.F./C.N.P.J.

11.604.593/0001-11

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CNPJ/CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

04/10/2024

ENDEREÇO

Alameda Julia da Costa, 1447

BAIRRO

Bigorrrilho

CEP

80730 - 070

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

04/10/2024

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

(41) 3240-2942

UF

PR

JE

HORA DA SAÍDA

15:04:58

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VL. UNIT.	VL. TOTAL	DESC.	VL. TOT. LIQ.	B. C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ICMS	IPI	VL. APX
2105	IMOBILIZADOR DE JOELHO 60 CM ESTREITO	90211010	0102	6102	UN	1,000	200,00	200,00	0,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MD-5:285C17D94542DA59EBFF3610D8E621EC Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI. CFOP 6102 = R\$200,00; Não há cobrança do Fundo Estadual de Combate à

RESERVADO AO FISCO