

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Letícia Aquino Pereira  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.4596  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 16/04/2007

**Nº da Guia:** 15288

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                          |
|--------------------|----------|-------|------------------------------------|
| 15/02/2024         | 20:30:00 | Pátio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Esquerda    |

## Descrição

Jogando vôlei de areia, a bola bateu no primeiro dedo da mão esquerda. Dor e edema no local.

| Testemunha da ocorrência    | Telefone       |
|-----------------------------|----------------|
| Monitor de Pátio Elias      | (47) 3447-7400 |
| Preceptora Jaqueline Santos | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Preceptora Grazielly Oliveira   | 17/02/2024 |

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

## Observações

Gelo + pomada Cataflan + Imobilização com atadura de crepe. solicito avaliação médica devido a permanência da dor.

Ass.: \_\_\_\_\_

Erenice Pereira De Araujo

**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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                 |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1326407                         | Atendimento | 8718724               | ID          |  |
| Nome        | Leticia Aquino Pereira          | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1743459                                                                             |
| Mãe         | Denise Helena de Aquino Pereira | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 15288                                                                               |
| Data Nascto | 16/04/2007                      | Cód.Usuário | 1334596               | Funcionário | Franci.L                                                                            |
| Idade       | 16 anos e                       | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2024                                                                          |
| Data        | 17/02/2024                      | Hora        | 15:46                 | Responsável | Ezequiel Marcus                                                                     |
| Convênio    | Escola Adventista               | Obs. Conv.  | guia em anexo         |             |                                                                                     |

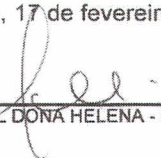
## TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

22

- I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operação de Plano privado de Assistência à Saúde, razão pela qual não possui responsabilidade sobre eventual recusa ou falta de autorização da Operadora de Plano privado de Assistência à Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial.
- II. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado.
- III. O paciente e/ou responsável declara conhecer a apólice/contrato de sua Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, seus termos e condições; existência de períodos de carência e itens de cobertura, exclusão e restrição, razão pela qual assume total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos das despesas que não estejam englobadas em sua relação com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- IV. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente perante o Hospital, inclusive em relação às obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, forem imprescindíveis para a saúde do paciente, seja em decorrência do caráter particular atribuído ao atendimento, seja em relação à recusa total ou parcial da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- V. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, caso as despesas apuradas não sejam cobertas ou reembolsadas pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão logo receba a negativa da operadora.
- VI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva da paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- VII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência das normas e condições preestabelecidas pelo Hospital, tais como: respeitar a vedação legal para tabagismo; não trazer alimentos; respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e funcionários entre outros conforme a identificação dos Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.
- VIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.
- IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, quando necessário e aplicável ao caso, serão formalizados termos de consentimento específicos, de acordo com a avaliação e orientação médica, destinados a esclarecer ao paciente e/ou responsável os fatos e eventos relacionados com os procedimentos que serão realizados.
- X. O paciente e/ou responsável está ciente de que o Hospital mantém uma estrutura de ensino e os participantes deste programa podem fazer parte dos processos de cuidado e tratamento, mediante supervisão do profissional responsável.
- XI. Para todas as questões oriundas do presente documento, será competente o Foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.
- XII. O responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abrange, além da obrigação principal de pagamento, todos os acessórios, penalidades, multas, juros, custas, honorários de advogado, indenizações e tudo o que derivar da prestação de serviços médicos - hospitalares e sua execução, bem como todas as repactuações de valor, seja por força de lei, seja por acordo entre as partes.
- XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a realização de todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que porventura se fizerem necessários.
- XIV. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.
- XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o Hospital Dona Helena não compartilha dados com empresas de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.
- XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.
- XVII. O paciente e/ou responsável AUTORIZA a utilização do seu endereço de e-mail e/ou telefone celular (SMS, Whatsapp) para recebimento de boletins técnicos, informes gerais, campanhas publicitárias do Hospital Dona Helena e/ou de seus parceiros, bem como para ações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da mesma instituição.
- XVIII. Este instrumento poderá ser extinto a qualquer tempo em razão de questões de natureza técnica do Hospital, que impeçam a continuidade dos serviços, dentre outras hipóteses.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo

Joinville, 17 de fevereiro de 2024

  
HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 17 de fevereiro de 2024.

**Leticia Aquino Pereira**

:USO ORAL

2-2

Maxulid

Nimesulida e betaciclodextrina ..... (1 caixa)  
Tomar 1 comprimido 12/12 horas, POR 5 DIAS.

Lisador

Dipirona+Prometazina+Adifenina ..... (1 caixa)  
Tomar 1 comprimido 8/8 horas, SE DOR.

USO ORTOPÉDICO

ORTESE DE POLEGAR

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)



|                                                                                             |  |                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Recebemos de FARMALINZ LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado |  | NF-e<br>No. 000.000.011<br>SÉRIE 001 |  |
| Identificação e Assinatura do Recebedor:                                                    |  |                                      |  |

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                                                    |                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificação do Emitente<br>FARMALINZ LTDA<br>AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362<br>RAINHA<br>ARAQUARI<br>69245000<br>47992231028<br>SC | DANFE<br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br>No. 000.000.011<br>SÉRIE 001<br>FL 1/1 |  | Chave de Acesso:<br>4224 0246 8935 7500 0181 5500 1000 0000 1110 0007 6680                                |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                                                    | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz |
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                                                    |                                                                                                           |

|                                                                    |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Natureza da Operação:<br>OUTRA SAIDA DE MERCADORIA OU PRESTACAO DE | Protocolo de autorização de uso:<br>342240042889403 17/02/2024 19:49:06 |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                     |                         |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Inscrição Estadual:<br>261763458 | Insc. Estadual do Sust. Tributário: | CNPJ:<br>46893575000181 |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|

|                                                    |                                |                                |                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| Destinatário/Remetente:                            |                                |                                |                                        |
| Nome/Razão Social:<br>IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE | CNPJ/CPF:<br>15116763000412    | Data da Emissão:<br>17/02/2024 |                                        |
| Endereço:<br>ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447          | Bairro/Distrito:<br>BIGORRILHO | CEP:<br>80730070               | Data da Entrada / Saída:<br>17/02/2024 |
| Município:<br>CURITIBA                             | Fone/Fax:                      | UF:<br>PR                      | Inscrição Estadual:                    |
|                                                    |                                |                                | Hora da Saída:<br>19:49:13             |

| Fatura No. | Vencimento | Valor | Fatura No. | Vencimento | Valor | Fatura No. | Vencimento | Valor | Fatura No. | Vencimento | Valor |
|------------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|
|            |            |       |            |            |       |            |            |       |            |            |       |

|                                  |                          |                                            |                                     |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Cálculo do Imposto:              |                          |                                            |                                     |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |
| Base de Cálculo do ICMS:<br>0,00 | Valor do ICMS:<br>0,00   | Base de Cálculo ICMS Substituição:<br>0,00 | Valor do ICMS Substituição:<br>0,00 | Valor Total dos Produtos:<br>95,80 |                               |  |  |  |  |  |  |
| Valor do Frete:<br>0,00          | Valor do Seguro:<br>0,00 | Desconto:<br>4,00                          | Outras Desp. Acessórias:<br>0,00    | Valor do IPI:<br>0,00              | Valor Total da Nota:<br>91,80 |  |  |  |  |  |  |

|                                     |                  |              |                     |             |               |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|---------------|--|--|--|--|--|--|
| Transportador/Volume Transportados: |                  |              |                     |             |               |  |  |  |  |  |  |
| Razão Social:                       | Frete por conta: | Código ANTT: | Placa do Veículo:   | UF:         | CNPJ/CPF:     |  |  |  |  |  |  |
| Endereço:                           | Município:       | UF:          | Inscrição Estadual: |             |               |  |  |  |  |  |  |
| Quantidade:                         | Espécie:         | Marca:       | Numeração:          | Peso Bruto: | Peso Líquido: |  |  |  |  |  |  |

| Dados do Produto/Serviço: |                                                                                                    |          |           |      |       |            |            |            |            |         |           |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------|-------|------------|------------|------------|------------|---------|-----------|
| Cód.Prod.                 | Descrição dos Produtos e Serviços                                                                  | NCM/SH   | CST/CSOSN | CFOP | Unid. | Quantidade | Vlr. Unit. | Vlr. Desc. | Vlr. Total | BC ICMS | Vlr. ICMS |
| 5523                      | MAXSULID 400MG 10CP<br>Lote: B22J2229 Qtd.: 1<br>Fab.: 01/09/2022<br>Valid.: 30/09/2024            | 30049099 | 0102      | 6949 | UN    | 1,00       | 45,90      | 4,00       | 45,90      | 0,00    | 0,00      |
| 55600                     | IASADOR 500MG+10MG+5MG 24CP<br>Lote: LOTE PADRAO Qtd.: 1<br>Fab.: 12/09/2023<br>Valid.: 12/09/2028 | 30049099 | 0102      | 6949 | UN    | 1,00       | 49,90      | 0,00       | 49,90      | 0,00    | 0,00      |

|                      |                           |                           |                 |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| Cálculo do ISSQN:    |                           |                           |                 |
| Inscrição Municipal: | Valor Total dos Serviços: | Base de Cálculo do ISSQN: | Valor do ISSQN: |

|                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Dados Adicionais:                                                                                                                                                                                                              |  |
| Informações Complementares:<br>DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006). NAO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E IPI. (Data, Mod, Serie) NF: Numero Nota Fiscal: (17/02/2024, 65, 1) NF: 15338 |  |



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                 |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1326407                         | Atendimento | 8718724               | ID          |  |
| Nome        | Leticia Aquino Pereira          | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1743459                                                                             |
| Mãe         | Denise Helena de Aquino Pereira | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 15288                                                                               |
| Data Nascto | 16/04/2007                      | Cód.Usuário | 1334596               | Funcionário | Franci.L                                                                            |
| Idade       | 16 anos e                       | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2024                                                                          |
| Data        | 17/02/2024                      | Hora        | 15:46                 | Responsável | Ezequiel Marcus                                                                     |
| Convênio    | Escola Adventista               | Obs. Conv.  | guia em anexo         |             |                                                                                     |

## TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

22

- I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operação de Plano privado de Assistência à Saúde, razão pela qual não possui responsabilidade sobre eventual recusa ou falta de autorização da Operadora de Plano privado de Assistência à Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial.
- II. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado.
- III. O paciente e/ou responsável declara conhecer a apólice/contrato de sua Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, seus termos e condições; existência de períodos de carência e itens de cobertura, exclusão e restrição, razão pela qual assume total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos das despesas que não estejam englobadas em sua relação com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- IV. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente perante o Hospital, inclusive em relação às obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, forem imprescindíveis para a saúde do paciente, seja em decorrência do caráter particular atribuído ao atendimento, seja em relação à recusa total ou parcial da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- V. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, caso as despesas apuradas não sejam cobertas ou reembolsadas pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão logo receba a negativa da operadora.
- VI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva da paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- VII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência das normas e condições preestabelecidas pelo Hospital, tais como: respeitar a vedação legal para tabagismo; não trazer alimentos; respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e funcionários entre outros conforme a identificação dos Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.
- VIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.
- IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, quando necessário e aplicável ao caso, serão formalizados termos de consentimento específicos, de acordo com a avaliação e orientação médica, destinados a esclarecer ao paciente e/ou responsável os fatos e eventos relacionados com os procedimentos que serão realizados.
- X. O paciente e/ou responsável está ciente de que o Hospital mantém uma estrutura de ensino e os participantes deste programa podem fazer parte dos processos de cuidado e tratamento, mediante supervisão do profissional responsável.
- XI. Para todas as questões oriundas do presente documento, será competente o Foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.
- XII. O responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abrange, além da obrigação principal de pagamento, todos os acessórios, penalidades, multas, juros, custas, honorários de advogado, indenizações e tudo o que derivar da prestação de serviços médicos - hospitalares e sua execução, bem como todas as repactuações de valor, seja por força de lei, seja por acordo entre as partes.
- XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a realização de todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que porventura se fizerem necessários.
- XIV. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.
- XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o Hospital Dona Helena não compartilha dados com empresas de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.
- XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.
- XVII. O paciente e/ou responsável AUTORIZA a utilização do seu endereço de e-mail e/ou telefone celular (SMS, Whatsapp) para recebimento de boletins técnicos, informes gerais, campanhas publicitárias do Hospital Dona Helena e/ou de seus parceiros, bem como para ações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da mesma instituição.
- XVIII. Este instrumento poderá ser extinto a qualquer tempo em razão de questões de natureza técnica do Hospital, que impeçam a continuidade dos serviços, dentre outras hipóteses.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo

Joinville, 17 de fevereiro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 17 de fevereiro de 2024.

**Leticia Aquino Pereira**

:USO ORAL

2.2

Maxulid

Nimesulida e betaciclodextrina ..... (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 12/12 horas, POR 5 DIAS.

:

Lisador

Dipirona+Prometazina+Adifenina ..... (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 8/8 horas, SE DOR.

USO ORTOPÉDICO

ORTESE DE POLEGAR

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)



Recebemos de FARMALINZ LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado

NF-e  
No. 000.000.011  
SÉRIE 001

Identificação e Assinatura do Recebedor:

Identificação do Emitente

FARMALINZ LTDA  
AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362  
RAINHA  
ARAQUARI  
89245000  
47992231028

SC

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

No. 000.000.011  
SÉRIE 001  
FL 1/1



Chave de Acesso:

4224 0246 8935 7500 0181 5500 1000 0000 1110 0007 6680

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

Natureza da Operação:

OUTRA SAIDA DE MERCADORIA OU PRESTACAO DE

Protocolo de autorização de uso:

342240042889403 17/02/2024 19:49:06

Inscrição Estadual:

261763458

Insc. Estadual do Sust. Tributário:

CNPJ:

46893575000181

Destinatário/Remetente:

Nome/Razão Social:

IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CNPJ/CPF:

15116763000412

Data da Emissão:

17/02/2024

Endereço:

ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447

Bairro/Distrito:

BIGORRILHO

CEP:

80730070

Data da Entrada / Saída:

17/02/2024

Município:

CURITIBA

Fone/Fax:

UF:

PR

Inscrição Estadual:

Hora da Saída:

19:49:13

Fatura:

| Fatura No. | Vencimento | Valor | Fatura No. | Vencimento | Valor | Fatura No. | Vencimento | Valor | Fatura No. | Vencimento | Valor |
|------------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|
|            |            |       |            |            |       |            |            |       |            |            |       |

Cálculo do Imposto:

|                                    |      |                  |      |                                    |      |                             |      |                           |       |
|------------------------------------|------|------------------|------|------------------------------------|------|-----------------------------|------|---------------------------|-------|
| Base de Cálculo do ICMS:           | 0,00 | Valor do ICMS:   | 0,00 | Base de Cálculo ICMS Substituição: | 0,00 | Valor do ICMS Substituição: | 0,00 | Valor Total dos Produtos: | 95,80 |
| Valor do Frete:                    | 0,00 | Valor do Seguro: | 0,00 | Desconto:                          | 4,00 | Outras Desp. Acessórias:    | 0,00 | Valor do IPI:             | 0,00  |
| Transportador/Volume Transportado: |      |                  |      |                                    |      |                             |      | Valor Total da Nota:      | 91,80 |

Transportador/Volume Transportados:

|               |                  |              |                     |             |               |
|---------------|------------------|--------------|---------------------|-------------|---------------|
| Razão Social: | Frete por conta: | Código ANTT: | Placa do Veículo:   | UF:         | CNPJ/CPF:     |
| Endereço:     | Município:       | UF:          | Inscrição Estadual: |             |               |
| Quantidade:   | Espécie:         | Marca:       | Numeração:          | Peso Bruto: | Peso Líquido: |

Dados do Produto/Serviço:

| Cód.Prod. | Descrição dos Produtos e Serviços                                                                  | NCM/SH   | CST/CSOSN | CFOP | Unid. | Quantidade | Vir. Unit. | Vir. Desc. | Vir. Total | BC. ICMS | Vir. ICMS | Vir. IPI | % ICMS | % IPI |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------|-------|------------|------------|------------|------------|----------|-----------|----------|--------|-------|
| 5523      | MAXSULID 400MG 10CP<br>Lote: B22J2229 Qtd.: 1<br>Fab.: 01/09/2022<br>Valid.: 30/09/2024            | 30049099 | 0102      | 6949 | UN    | 1,00       | 45,90      | 4,00       | 45,90      | 0,00     | 0,00      |          | 0,00   |       |
| 55600     | LISADOR 500MG+10MG+5MG 24CP<br>Lote: LOTE PADRAO Qtd.: 1<br>Fab.: 12/09/2023<br>Valid.: 12/09/2028 | 30049099 | 0102      | 6949 | UN    | 1,00       | 49,90      | 0,00       | 49,90      | 0,00     | 0,00      |          | 0,00   |       |

Cálculo do ISSQN:

|                      |                           |                           |                 |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| Inscrição Municipal: | Valor Total dos Serviços: | Base de Cálculo do ISSQN: | Valor do ISSQN: |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|

Dados Adicionais:

Informações Complementares:  
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP. OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006). NÃO GERA DIREITO A  
CREDITO DE ISS E IPI. (Data, Mod, Serie) NF: Numero Nota Fiscal: (17/02/2024, 65, 1) NF: 15339

v1.1



FARMALINZ  
FARMALINZ LTDA

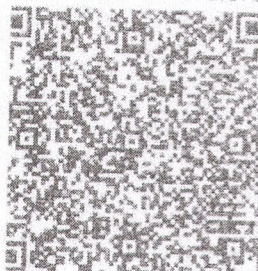
CNPJ: 46.893.575/0001-81 IE: 261763458  
AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362, RAINHA,  
ARAQUARI-SC (47)99223-1028  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor  
Eletrônica

22

| d.                   | Descrição                   | Qtde. | Un. | Vi. Unit. | Vi. Desc. (%) | Total          |
|----------------------|-----------------------------|-------|-----|-----------|---------------|----------------|
| 23                   | MAXSULID 400MG 10CP         | 1     | UN  | 45,90     | 4,00 (8,7%)   | 41,90          |
| 800                  | LISADOR 500MG+10MG+5MG 24CP | 1     | UN  | 49,90     |               | 49,90          |
| Qtde. total de itens |                             |       |     |           |               | 2              |
| Valor total R\$      |                             |       |     |           |               | 95,80          |
| Desconto R\$         |                             |       |     |           |               | 4,00           |
| Valor a pagar R\$    |                             |       |     |           |               | 91,80          |
| FORMA PAGAMENTO      |                             |       |     |           |               | VALOR PAGO R\$ |
| Valor Pago R\$       |                             |       |     |           |               | 100,00         |
| Troco R\$            |                             |       |     |           |               | 8,20           |

Consulte pela Chave de Acesso em  
<https://sat.sef.se.gov.br/nfca/consulta>

4224 0246 8935 7500 0181 6500 1000 0153 3918 8888 8888



CONSUMIDOR CNPJ:  
15.115.763/0004-12 IASD SUL  
BRASILEIRA DE SAUDE -  
ALAMEDA JULIA DA COSTA  
1447, BIGORRILHO, CURITIBA-  
PR  
NFC-e nº 15339 Série 1  
17/02/2024 19:38:03 Via  
Consumidor  
Protocolo de autorização:  
342240164883570  
Data de autorização:  
17/02/2024 19:38:05

CLIENTE: 53028 - IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE

EMITIDOR: 3 - EDUARDA

Parabéns! Você Economizou R\$ 4,00

Isão permite aproveitamento de crédito de ICMS

NUM. CONTROLE: 7668