

 <b>IAESC</b> <small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small>	<b>Favorecido</b>	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC		
	<b>CNPJ</b>	76.726.884/0044-68		
	<b>Banco</b>	237 - Bradesco		
	<b>Agencia</b>	2693		
	<b>C. Corrente</b>	11272-0		
<b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>				
<b>Código</b>	<b>Nome Aluno (a)</b>			
3928	Ismael Santana Ferreira			
<b>Descrição dos Gastos</b>				
<b>Valor</b>	<b>NF</b>	<b>Prestador</b>	<b>Descrição</b>	
R\$ 78,88	307.722	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
<b>R\$ 78,88</b>	<b>Total Reembolso</b>			

Araquari, 25 de Outubro de 2023.

*Syendra Oliveira*  
 Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira  
 Enfermeira  
 COREN N: 639647

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Ismael Santana Ferreira  
**Nº da Carteira:** 13.3.3928  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 11/02/2010

**Nº da Guia:** 13599

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2023	16:43:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Olho Direito, Rosto

## Descrição

O aluno estava jogando Basquete quando, o colega bateu com o cotovelo nele e acertou o óculos no olho D. Houve sangramento e perfuração.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7480
Roberta	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	26/09/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

## Observações

Curativo compressivo no local. Aluno encaminhado para avaliação médica.

Ass.: *Syendra Oliveira*

Syendra Rinaldi Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira  
Enfermeira  
COREN N: 639647

**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)



**Receituário**  
**Unimed de Joinville**

Paciente **Ismael Santana Ferreira**

Nascto 11/02/2010 13a 7m 15d

Entrada 26/09/2023 17:35:34

Atendimento 7187689

Convênio Unimed Estadual / Intercâmbio / Básico

uso int

toragesic - 1cx

1cp vo 12/12hs

4,1

Dr. Odival Timm Junior  
CRM 6116  
Oftalmologia

Impresso em 26/09/2023 17:45:54  
Odival T

Dr. Odival Timm Junior (CRM 6116)

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.



Governo do Estado de Santa Catarina  
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4223 0984 6834 8101 0725 6500 1000 3077 2212  
3431 8042

Número NF-  
e: 307722

Data de Emissão: 26/09/2023 18:04:43-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	307722	26/09/2023 18:04:43-03:00		78,88

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0107-25	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	254919731	SC

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
15.116.763/0004-12	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD		PR
Destino da operação	Consumidor final	Presença do Comprador	
1 - Operação Interna	1 - Consumidor final	1 - Operação presencial	

Produtos

Descrição	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod
TORAGESIC C/30 CPR SL 10MG	1,0000	UN	104,06	104,06

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	000	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	Tipo da Operação	Digest Value da NF-e	
VENDA MERC.ADQ.REC.TERC	1 - Saída	CK2bH0YY3cAehhrMI7UzqiQ+nsc=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230596966652	26/09/2023 às 18:04:39-03:00	-

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JLLEAMERICA
CNPJ	Endereço
84.683.481/0107-25	RUA GERMANO STEIN, 249 SALA 1B A 05B
Bairro / Distrito	CEP
AMERICA	89204-090
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(47)3433-1844
UF	País
SC	1058 - BRASIL
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
254919731	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	4209102

CNAE Fiscal

Código de Regime Tributário

4,1

3 - Regime Normal

**Dados do Destinatário**

Nome / Razão Social

INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD

CNPJ

15.116.763/0004-12

Endereço

JULIA DA COSTA, 1447

Bairro / Distrito

BIGORRILHO

CEP

Município

4106902 - CURITIBA

Telefone

UF

PR

País

1058 - BRASIL

Indicador IE

09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS

Inscrição Estadual

Inscrição SUFRAMA

IM

E-mail

**Dados dos Produtos e Serviços**

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	TORAGESIC C/30 CPR SL 10MG	1,0000	UN	104,06

**Totais**

<b>ICMS</b>			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
78,88	13,41	0,00	0,00
Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00
Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	104,06
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	25,18	0,00
Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS	Valor da COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos	
0,00	78,88	25,24	

**Dados do Transporte**

Modalidade do Frete
9 - Sem Ocorrência de Transporte

**Formas de Pagamento**

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	1 - Dinheiro	100,00

**NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA**

