

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
PARANÁ 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)****3728****João Gabriel Pacheco Cruz****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 102,28	118147	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 102,28	Total Reembolso		

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 059.904.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de EducaçãoRua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Araquari, 11 de maio de 2023

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gabriel Pacheco Cruz

Nº da Carteira: 13.3.3728

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/11/2005

Nº da Guia: 9601

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2023	20:19:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando futsal, ao correr para chutar no gol o aluno não conseguiu parar e se chocou com a parede, especificamente no joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461
Marcosselhorst	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	20/02/2023

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

Observações
Mediante a gravidade do impacto, o mesmo teve atendimento inicial com gelo e será encaminhado ao hospital.

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400 Ass.:
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Geazi Gomes de Oliveira

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

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) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC CEP: 89204250 TELEFONE: 4734331518		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.118.147 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4223 0384 6834 8101 0059 5500 1000 1181 4712 3143 3032 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 342230070388840 - 30/03/2023 14:31:48	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 30/03/2023	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO			CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 30/03/2023
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 14:31:45

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 102,28
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 102,28	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF	CNPJ/CPF
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	
1000016070	TRAMADOL EURO C/10 CAPS 50MG GEN [L:840822 Qt:1] (C1)	30049039	0 41	5929	UN	1	38,57000000	38,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000017175	NIVUX C/12 CPR 100+20MG [L:2Y7419 Qt:1]	30049069	0 41	5929	UN	1	63,71000000	63,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 217368 NFC-e nr. 4410955 Serie ECF Emitido em: 30/03/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 102,28 Valor do ICMS = 17,39 Valor do ICMS Desonerado: 12,28	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Vitor Gustavo de Paiva Corotti (CRM 2449
)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

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

Paciente: **Joao Gabriel Pacheco Cruz**
Endereço: **BR 101 Km 64, 17400 Casa Araquari SC**

Joinville, 30 de março de 2023

Data receita:

Prescrição:

NIVUX ----- (1 caixa)

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas POR 5 DIAS, SE DOR

Tramal 50 mg----- (1 caixa)

Tomar 1 cápsula 12/12 horas SE DOR FORTE

ORIENTAÇÃO DE ALTA

- COMPRESSA DE GELO 20 MIN -

LIGAR MARCANDO O RETORNO EM 1 SEMANA PARA AVALIAÇÃO COM DR VITOR COROTTI - ENCAIXE
AUTORIZADO

RETORNO ANTES NO PS SE NECESSARIO OU SINAIS DE RISCO

PARA MARCAR CONSULTA

POR WHATSAPP: (47) 3451-3333

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL

HOSPITAL DONA HELENA (PRÉDIO NOVO 10º ANDAR)
CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho/Artroscopia/Esporto
CRM-SC 24.492 / CRM-PR 30290
TEOT 14.818 / RQE 15170
Chefe Ortopedia e Traumatologia HDH

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico