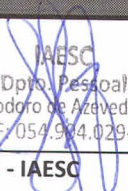


 IAESC INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA	Favorecido	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC		
	CNPJ	76.726.884/0044-68		
	Banco	237 - Bradesco		
	Agencia	2693		
	C. Corrente	11272-0		
Dados do reembolso - Seguro Aluno				
Código	Nome Aluno (a)			
2462	Lucas Passos Celli			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 118,20	114779	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 118,20	Total Reembolso			



 Dpto. Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 054.984.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 20 de dezembro de 2022

76.726.884/0044-68

**Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação**

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Passos Celli

Nº da Carteira: 13.3.2462

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 20/01/2006

Nº da Guia: 9172



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2022	09:04:00	Prédio Escolar Infantil	Evento Thanks Given

O que aconteceu	Partes do corpo
Cortou a mão com uma faca	Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava cortando frutas para um evento quando cortou a mão com a faca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Herica Forcelim	(47) 98474-1390
Herica Forcelim	(47) 98474-1390

Quem prestou primeiros socorros	Data
Herica Forcelim	23/11/2022

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

Observações

O aluno estava cortando frutas para um evento quando cortou a mão com a faca.

Ass.:

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

76.726.884/0044-68
Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação
Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

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 TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250 		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.114.779 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1147 7912 2111 6117 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 342220245126325 - 23/11/2022 11:31:39	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO	
INST ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				15.116.763/0004-12		23/11/2022	
ENDEREÇO				BAIRRO/DISTRITO		CEP	
ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				BIGORRILHO		80730-070	
MUNICÍPIO				FONE/FAX		UF	
CURITIBA				PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
						HORA DE SAÍDA	
						11:31:36	

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		166,38	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00	0,00	48,18	0,00	0,00	0,00	118,20			

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	
1000005167	PARACETAMOL TEUTO C/20 CPR 750MG GEN [L:41560444 Qt:1] [VI. Desconto: R\$0,99]	30049045	0 41	5929	UN	1	12,53000000	12,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002317	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG [L:3A0941 Qt:1] [VI. Desconto: R\$8,41]	30049062	0 41	5929	UN	1	46,22000000	46,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000001534	CEFALEXINA GEN C/8 CPR REV 500MG GEN [L:SL313411 Qt:1] [VI. Desconto: R\$11,32] (W)	30042059	0 41	5929	UN	1	31,41000000	31,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002373	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN [L:SL313411 Qt:2] [VI. Desconto: R\$27,46] (W)	30042059	0 41	5929	UN	2	38,11000000	76,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 183693 NFC-e nr. 4356736 Serie ECF Emitido em: 23/11/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 118,20 Valor do ICMS = 20,09 Valor do ICMS Desonerado: 14,18	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

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: **Lucas Passos Celli**
Endereço: **Rodovia Br 101, 17400 Poço Preto SC**
Data receita:
Prescrição:
Uso oral

Joinville, 23 de novembro de 2022

1 - Keflex 500 mg -----
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas durante 7 dias.

2 - Paracetamol 750 mg ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas se dor.

3 - Toragesic SL ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas se dor.
*Ingerir após refeição.

- Retirar pontos na unidade de saúde em 10 dias
- Curativos diários
- Não fazer esforços
- Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro


Dr. Felipe Younes Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RQE 17313 / TECT 16495

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Iden.:	Órg. Emissor:		
End.:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			
		Assinatura do Farmacêutico	Data: ____/____/____