

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código**

1061

Nome Aluno (a)

Micael Leopoldo Valentina

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 131,70	109006	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 131,70**Total Reembolso**

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

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, 08 de junho de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Micael Leopoldo Valentina

Nº da Carteira: 13.3.1061

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 09/03/2005

Nº da Guia: 5967



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2022	10:06:00	Pátio	Deslocamento interno

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

Descrição

O aluno vinha de sua casa para assistir as aulas, quando o mesmo em sua bicicleta foi desviar de uma manilha de esgoto, se desequilibrou e caiu batendo com a cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Kênia	(47) 3447-7400
Alex (monitor)	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	02/05/2022

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

Observações

O aluno vinha de sua casa para assistir as aulas, quando o mesmo em sua bicicleta foi desviar de uma manilha de esgoto, se desequilibrou e caiu batendo com a cabeça. Mãe ciente.

Ass.:

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

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

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 1 - Saída 1 Nº 000.109.006 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1090 0612 2123 1052 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 342220086267161 - 02/05/2022 12:33:38		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INST ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 02/05/2022	
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX (41) 3240-2942		UF PR	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 12:33:34	

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	179,52
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	47,82	0,00	0,00
VALOR APROX. DOS TRIBUTOS				VALOR TOTAL DA NOTA
0,00				131,70

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 LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
698234	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN [Vl. Desconto: R\$14,56] (W)	30042059	0 41	5929	UN	2	38,11000000	76,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
687555	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 500MG GEN [Vl. Desconto: R\$6,26] (W)	30042059	0 41	5929	UN	1	31,41000000	31,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
693133	PARACETAMOL EMS C/20 CPR REV 750MG GEN [Vl. Desconto: R\$17,75]	30049045	0 41	5929	UN	1	25,65000000	25,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
697852	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG [Vl. Desconto: R\$9,25]	30049062	0 41	5929	UN	1	46,24000000	46,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000034707 COO: 76375 NFC-e nr. 4270564 Serie ECF Emitido em: 02/05/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 131,70 Valor do ICMS = 22,39 Valor do ICMS Desonerado: 15,81		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

Joinville, 02 de maio de 2022

Paciente: **Micael Leopoldo Valentina**

Endereço: **Br 101 - Km 64 Araquari SC**

Data receita:

Prescrição:

Uso oral

1 - Cefalexina 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 / TEOT 16495

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____