

**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**

2316

Nome Aluno (a)

Paulo Victor Braun de Oliveira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 210,46	3755	RaiaDrogasil S/A	Medicamentos
R\$ 210,46	Total Reembolso		

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

RHP-IAESC 4.029-38

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, 29 de agosto de 2022

Tesouraria

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Paulo Victor Braun de Oliveira

Nº da Carteirinha: 13.3.2316

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 19/01/2005

Nº da Guia: 7548



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/08/2022	16:42:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante o treino de basquete o aluno caiu com o pé sobre o pé do colega. Com isso acabou torcendo o pé inchando automaticamente causando dor intensa.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	28/08/2022

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido com bolsa de gelo, contudo não havendo melhora o aluno será encaminhado para o hospital Unimed.

16.726.884/0044-681
Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação
Rua: BR. 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Ass.:

Preceptoria IAESC

Geazi Gomes de Oliveira

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Almeida 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

RECEBEMOS DE RAIADROGASIL S/A OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 3755 SÉRIE: 1													
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR													
 RAIADROGASIL S/A MAX COLIN, 394 - AMERICA JOINVILLE - SC CEP: 89204-040		DANFE DOCUMENTO FISCAL DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 3755 SÉRIE: 1 FOLHA 1 / 1													
															
		CHAVE DE ACESSO 4222 0861 5858 6505 4596 5500 1000 0037 5512 0220 6283 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.													
NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO													
SUBSTITUIÇÃO DE CUPOM DE VENDA		342220176713202													
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.													
256808643		61.585.865/0545-96													
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF													
NOME / RAZÃO SOCIAL		15.116.763/0004-12													
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE		DATA EMISSÃO													
ENDEREÇO		28/08/2022 19:09:11													
ALAMEDA JULIO DA COSTA, 1447		DATA ENTRADA / SAÍDA													
BAIRRO / DISTRITO		28/08/2022													
BIGORRILHO		HORA ENTRADA / SAÍDA													
CEP		19:09:11													
80730-070															
MUNICÍPIO		UF													
CURITIBA		PR													
FONE / FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL													
04132402942		ISENTO													
FATURA / DUPLICATA															
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS													
R\$ 0,00		R\$ 0,00													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.													
R\$ 0,00		R\$ 0,00													
VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS													
R\$ 0,00		R\$ 210,46													
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO													
R\$ 0,00		R\$ 0,00													
DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS													
R\$ 0,00		R\$ 0,00													
VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA													
R\$ 0,00		R\$ 210,46													
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS															
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA													
		9-SEM FRETE													
CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO													
UF		CNPJ / CPF													
MUNICÍPIO		INSCRIÇÃO ESTADUAL													
QUANTIDADE		PESO BRUTO													
ESPÉCIE		PESO LÍQUIDO													
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS															
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE		VALOR		ALÍQUOTA	
										Cálculo	ICMS	IPI	ICMS %	IPI %	
8706	*HETORI 90MG 14 S-C1	30049069	060	5949	UN	1	119.5300	119.53	null	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
51214	*PARATRAM37.5/325 30	30049039	060	5949	UN	1	90.9300	90.93	null	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL							
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES							
ICMS RECOLHIDO ATRAVÉS DO CUPOM FISCAL N.33199 E ECF N.8 DE 28/08/2022 - Trib. Aprox. 28.31 Federal e 35.78 Estadual - Fonte: IBPT							



Unimed de Joinville - Cooperativa de Trabalho Médico

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Faisal Ahmad Jomaa (CRM 9131)

Rua: Orestes Guimarães, 905 - América
Fone: (47) 3441-9555
Joinville - SC

Paciente: **Paulo Victor Braun de Oliveira**

Endereço: **Rodovia Br 101, 17400 Corveta Araquari SC**

Prescrição:

USO ORAL

PARATRAN 30 CPS

TOMAR 01 CP VO 8/8H

HETORI 90 14 CPS

TOMAR 01 CPVO DIA

GELO LOCAL 2X DIA POR 2 DIAS E APSO 10 DIAS TIRAR ROBOFOOT

28/08/2022

Faisal Ahmad Jomaa (CRM 9131)

Dr. Faisal Ahmad Jomaa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9131 SC

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico