

 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)			
2654	Gabriel Maciel Scalco			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador		Descrição
R\$ 63,87	326.321	Cia Latino Americana de		Medicamentos
R\$ 63,87	Total Reembolso			

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Maciel Scalco
Nº da Carteira: 13.3.2654
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/12/2007

Nº da Guia: 14401

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2023	15:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pescoço

Descrição
O aluno levou uma bolada no rosto fazendo com que seu pescoço/cabeça virasse e em outros momentos acabou forçando. A dor não melhorou por completo e o aluno ainda se sente incomodado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 3447-7461

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
O aluno foi atendido inicialmente, contudo não apresentou melhoras e está sendo encaminhado para atendimento médico.

Ass.: Syendra Oliveira

Geazi Gomes de 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 (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



Unimed de Joinville - Cooperativa de Trabalho Médico

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Ana Paula Silva Stratmann (CRM 11875)

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

Paciente: **Gabriel Maciel Scalco**

Endereço: **BR 101 KM 64, 17400 Corveta Araquari SC**

Prescrição:

USO INTERNO

COQUES 200MG _____ 10CP
TOMAR 1 CP DE 12/12H POR 5 DIAS

MUSCULARE 10MG _____ 01cx
TOMAR 1 CP A NOITE POR 5 NOITES

LISADOR _____ 01CX
TOMAR 1 CP DE 6/6H SE DOR

Agendar consulta CLINICA COT - FONE 34334042

www.cotjoinville.com.br

Whatsapp 988380270

Rua Rio do sul, 91

Dr Mauricio Guerra/ Dr Gilson ou Dr Renan Borges

Ana Paula Stratmann
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11875 - SC

06/11/2023

Ana Paula Silva Stratmann (CRM 11875)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4223 1184 6834 8101 0725 6500 1000 3263 2112
3401 7333

Número NF-e: 326321

Data de Emissão: 06/11/2023 17:33:40-03:00

 2.3

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	326321	06/11/2023 17:33:40-03:00		63,87

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
1	MUSCULARE C/15 CPR REV 10MG	1,0000	UN	21,57	21,57
2	COQUES C/10 CAPS 200MG	1,0000	UN	42,30	42,30

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	IVM7Y/m9v0sU23YFKjEh6uppNVg=

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230710002136	06/11/2023 às 17:33:51-03:00	-

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JLLE AMERICA
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
	3 - Regime Normal

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social		
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD		
CNPJ	Endereço	
15.116.763/0004-12	JULIA DA COSTA, 1447	
Bairro / Distrito	CEP	
BIGORRILHO		
Município	Telefone	
4106902 - CURITIBA		
UF	País	
PR	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	MUSCULARE C/15 CPR REV 10MG	1,0000	UN	21,57
2	COQUES C/10 CAPS 200MG	1,0000	UN	42,30

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
63,87	10,86	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	63,87
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	0,00	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	63,87	20,46	

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

70,87

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

CAIXA: 074108 CONTROLE: 5455 Operador: 116261 Vendedor: 116253

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42231184683481010725650010003263211234017333|2|1|1|E401E223A645A0C3776333D21C8F978E2E861A11>

URL NFC-e

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>**Informações do Responsável Técnico pela emissão do DF-e**

CNPJ

Nome da pessoa a ser contatada

E-mail

Telefone

84.683.481/0001-77

Mauricio Pavanello Rodrigues

pavanello@clamed.com.br

4734619979

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ

Repartição Fiscal do Emitente

Matrícula do Funcionário

Nome do Funcionário

Fone / Fax

UF

Número do Documento Arrecadação

Valor Total do Documento Arrecadação

Data de Emissão do Documento Arrecadação

Data do Pagamento do Documento Arrecadação