

|                                                                                                                                                                      |                                |                                                                  |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| <br><b>IAESC</b><br><small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small> | <b>Favorecido</b>              | <b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b> |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>CNPJ</b>                    | <b>76.726.884/0044-68</b>                                        |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>Banco</b>                   | <b>237 - Bradesco</b>                                            |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>Agencia</b>                 | <b>2693</b>                                                      |                  |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>C. Corrente</b>             | <b>11272-0</b>                                                   |                  |  |
| <b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>                                                                                                                             |                                |                                                                  |                  |  |
| <b>Código</b>                                                                                                                                                        | <b>Nome Aluno (a)</b>          |                                                                  |                  |  |
| 2703                                                                                                                                                                 | Amanda Simões Oliveira Batista |                                                                  |                  |  |
| <b>Descrição dos Gastos</b>                                                                                                                                          |                                |                                                                  |                  |  |
| <b>Valor</b>                                                                                                                                                         | <b>NF</b>                      | <b>Prestador</b>                                                 | <b>Descrição</b> |  |
| R\$ 90,34                                                                                                                                                            | 258.933                        | Cia Latino Americana de                                          | Medicamentos     |  |
| <b>R\$ 90,34</b>                                                                                                                                                     | <b>Total Reembolso</b>         |                                                                  |                  |  |

Araquari, 23 de Junho de 2023.

Syendra Oliveira  
Operador do processo

**Syendra Rinaldi Oliveira**  
**Enfermeira**  
**COREN N: 639647**

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Amanda Simões Oliveira Batista

**Nº da Carteira:** 13.3.2703

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 15/11/2007

**Nº da Guia:** 11918



| Data da Ocorrência | Horário  | Local                         | Atividade |
|--------------------|----------|-------------------------------|-----------|
| 19/06/2023         | 13:44:00 | Dormitório (Ex.: residencial) | Banheiro  |

| O que aconteceu | Partes do corpo    |
|-----------------|--------------------|
| Torção          | Tornozelo Esquerdo |

### Descrição

Aluna tomando banho, escorregou e torceu o tornozelo esquerdo. Dor intensa no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Aluna Marcella Vitoria   | (47) 3447-7400 |
| Aluna Raissa Dutra       | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Preceptora Gisela Cardoso       | 19/06/2023 |

### Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

### Observações

Aluna tomando banho, escorregou e torceu o tornozelo esquerdo. Dor intensa no local.

Gisela Cardoso  
Preceptora

Ass.: \_\_\_\_\_

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Paciente **Amanda Simoes Oliveira Batista**

Nascto 15/11/2007 15a 7m 4d

Entrada 19/06/2023 15:04:06

Atendimento 7006623

Convênio Unimed Nacional CBHPM / Intercâmbio /

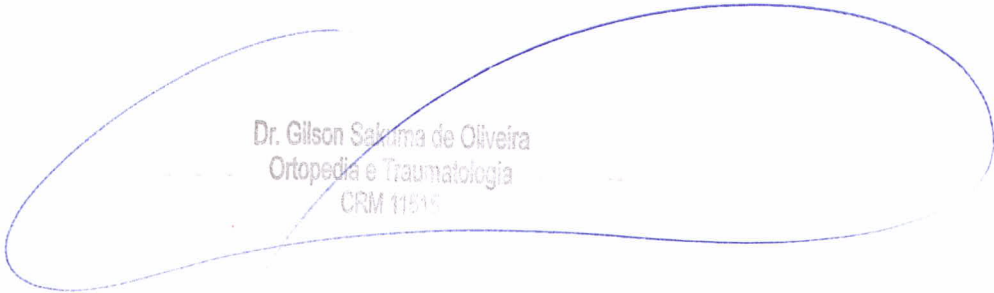
**USO INT**Bi Profenid \_\_\_\_\_ 10 cps  
tomar 1 cp VO de ao dia.Paracetamol 750 1 cx  
tomar 1 cp VO de 6/6 hras.**CLINICA COT**

R. RIO DO SUL, 91

Fone.: 3433-4042

WhatsApp : (47) 988380270

agendamento on-line.: cotjoinville.com.br

  
Dr. Gilson Sakuma de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11515Impresso em 19/06/2023 15:56:50  
Gilson

Dr. Gilson Sakuma de Oliveira (CRM 11515)

PA Ortopedia

Curativos: obrigatória marcação prévia - Tel: 3441-9703

Horário para realização dos curativos: das 07 às 19 horas

Rua Orestes Guimarães, 905 - América - Joinville - SC

A Troca da Medicação Desta Receita é de Inteira Responsabilidade do Paciente.

Governo do Estado de Santa Catarina  
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4223 0684 6834 8101 0725 6500 1000 2589 3312  
3051 6102

Número NF-  
e: 258933

Data de Emissão: 19/06/2023 16:10:05-03:00

Dados da NFC-e

| Modelo | Série | Número | Data de Emissão           | Data Saída/Entrada | Valor Total da Nota Fiscal |
|--------|-------|--------|---------------------------|--------------------|----------------------------|
| 65     | 1     | 258933 | 19/06/2023 16:10:05-03:00 |                    | 90,34                      |

Emitente

| CNPJ               | Nome / Razão Social                  | Inscrição Estadual | UF |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------|----|
| 84.683.481/0107-25 | CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS | 254919731          | SC |

Destinatário

| Destinatário         |                                         | UF                      |
|----------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| CNPJ                 | Nome / Razão Social                     | Inscrição Estadual      |
| 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 | PARACETAMOL MEDLEY C/20 CPR REV 750MG GEN | 1,0000     | UN         | 30,44       | 30,44      |
| 2 | BI PROFENID C/10 CPR REV LP 150MG         | 1,0000     | UN         | 76,71       | 76,71      |

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          | eCABX7C2P+uq5viy4biPRWg6nBg= |            |

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

| Eventos da NF-e    | Protocolo       | Data Autorização             | Data Inclusão BD |
|--------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| Autorização de Uso | 342230346632479 | 19/06/2023 às 16:10:09-03:00 | -                |

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    | PARACETAMOL MEDLEY C/20 CPR REV 750MG GEN | 1,0000 | UN                | 30,44      |
| 2    | BI PROFENID C/10 CPR REV LP 150MG         | 1,0000 | UN                | 76,71      |

#### Totais

##### ICMS

|                            |                                           |                                                |                          |
|----------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
| Base de Cálculo ICMS       | Valor do ICMS                             | Valor do ICMS Desonerado                       | Valor Total do FCP       |
| 90,34                      | 15,36                                     | 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                                           | 107,15                   |
| Valor do Frete             | Valor do Seguro                           | Valor Total dos Descontos                      | Valor Total do II        |
| 0,00                       | 0,00                                      | 16,81                                          | 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                       | 90,34                                     | 23,79                                          |                          |

**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

100,00

**Informações Adicionais**

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

**Informações Complementares de Interesse do Contribuinte**

Descrição

CAIXA: 074111 CONTROLE: 4529 Operador: 116202 Vendedor: 116240 VOCE ECONOMIZOU: 16,81

**Informações Suplementares**

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42230684683481010725650010002589331230516102|2|1|1|04E2A6F3682A8AFB742279470C90BF6E43A2F599>

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