



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	Nome Aluno (a)
3328	João Pedro Aguiar Gomes

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 207,78	129.760	Cia Latino Americana de	Medicamentos

R\$ 207,78

Total Reembolso

Araquari, 13 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro de Aguiar Gomes
Nº da Carteirinha: 13.3.3328
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 29/10/2007 **Nº da Guia:** 14285

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	10:28:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando basquete no intervalo das aulas. Quando em divida de bola caiu de mesmo nível. Imobilizado antebraço Esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alex	(47) 3447-7480
Syendra	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	31/10/2023

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 jogando basquete no intervalo das aulas. Quando em divida de bola caiu de mesmo nível. Imobilizado antebraço Esquerdo. Encaminhado ao atendimento médico.

Ass.: Syendra Oliveira
Syendra Rinaldi 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



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

Endereço: 123
Fone: (67) 445-1230
Apêndice: 50

2. VIA PACIENTE

Dr. Bruno Costa da Rocha Santos
Dentista Titular
CRM - 52.9874Agende suas consultas e exames sobre o plano do
seu plano de saúde com o Dr. Bruno Costa da Rocha SantosPaciente: João Pedro de Aguiar Gomes
Endereço: BR 101 - KM 54, 17400 Casa Corveta Araquari SC

Data recorta:

Prescrição:

Jornada: 02 de dezembro de 2023

USO INTERNO

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 06 EM 06 HORAS POR 7 DIAS.

Barbara M. B. Pinto
Orculato - 12/12/2023
CRM 52.1234

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome			
Idade	Org. Emissor		
End			
Cidade	UF		
Telefone			
		Assinatura do Farmacêutico	Data ____/____/____

Joinville, 2 de novembro de 2023

Joao Pedro de Aguiar Gomes

USO INTERNO

1. FLANCOX 500MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. LISADOR ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 08 EM 08 HORAS POR 5 DIAS.

Barbara M. de C. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SC 33263

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

Blumenau, 123
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

1ª VIA FARMÁCIA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: João Pedro de Aguiar Gomes
Endereço: BR 101 - KM 64, 17400 Casa Corveta Araquari SC
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 02 de novembro de 2023

USO INTERNO

1. TRAMAL RETARD 50MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS SE DOR FORTE.

Barbara M. de O. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SC 33265

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



HOSPITAL
Dona
HELENA

Dr. Heraldo Cesar da Rocha Barreira
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 2 de novembro de 2023

Joao Pedro de Aguiar Gomes

CURATIVO NÃO MOLHAR
TROCA DE CURATIVO A CADA 3/3 DIAS SE MOLHAR
ORIENTO USO DE TIPÓIA

RETORNO EM 01 SEMANA AMBULATÓRIO DR REYNALDO
3ª FEIRA

DIA 07/11/2023

AGENDAR RETORNO NO CDO

TELEFONE PARA AGENDAMENTO 3451-3322 OU 3451-3321

Barbara M. de O. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 33265

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)



HOSPITAL
Dona
HELENA

Evolução Paciente
02/11/2023 09:30:55 AM

Via: paciente

Paciente: Jose Pedro de Aguiar Gomes
Data Nascto: 29/10/2007 16 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988053169

Atendimento: 8.514.838
Prontuario: 1.315.886
Dt. Entrada: 31/10/2023
Convênio: Escola Adventista Básico

Dados acesso exames de laboratório

Código: 1315686

Senha: M8H4Z4

Dados acesso exames de imagens

Protocolo: 10628514838

Senha: S25T7V

Data evolução	Liberação	Profissão	Tipo evolução	Especialidade	Profissional	Cod prof
02/11/2023 09:29	02/11 09:30	Médico	Sumário de		Barbara Miroski de Oliveira	CRM 33265

1. Motivo da internação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

2. Diagnóstico principal (descrever o diagnóstico DEFINITIVO):

FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

3. Comorbidades/outros diagnósticos relevantes:

4. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos realizados:

Rx Antebraco AP/Perfil (1)

PUNHO - Reparação ligamentar do carpo (1) ; Fratura e/ou luxações (tratamento cirúrgico) (1) ; MÚSCULO ESQUELÉTICO PUNÇÕES - Manipulação articular sob anestesia geral (1) ; Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) (1) ; Rx Radioscopia (1)

5. Tratamento medicamentoso/quimioterapia/hemoderivados (relacionar medicamentos, descrever se antibiótico foi de uso profilático ou terapêutico):
ceFAZolina Sódica 1g inj. (dias) + Kefazol 1g inj. (1 dias)

6. Medicamentos com possível efeito residual (exemplo: opióides, sedativos):
Fentanila, Midazolam, Tramadol, Fosfato Dissodico de Dexametasona, Dexmedetomidina, Morfina, Remifentanil.

7. Medicamentos na alta (especificar medicamentos, não usar termos genéricos como "sintomáticos"):

TRAMAL, FLANCOX, CEFALEXINA, LISADOR

8. Condições do paciente na alta:

(X) Curado

() Melhorado

() Inalterado

9. Orientações do paciente na alta:

Use somente medicamentos prescritos pelo médico.

Barbara M. de O. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 33265

Impresso por: Barbara Miroski de Oliveira Pinto (CRM - 33265)

Impresso 02/11/2023 09:30:57

Página 1

Barbara O

CATE1468



HOSPITAL
Dona
HELENA

Evolução Paciente
02/11/2023 09:30:55 A19

Via Paciente

Paciente: João Pedro de Aguiar Gomes
Data Nascto: 29/10/2007 16 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 988053169

Dados acesso exames de laboratório
Código: 1315886
Senha: MSH424

Atendimento: 8.514.838
Prontuário: 1.315.886
Dt. Entrada: 31/10/2023
Convênio: Escola Adventista Básico

Leito: 205

Dados acesso exames de imagens
Protocolo: 10628514838
Senha: S25T7V

Retornar à Emergência credenciada pela sua operadora em caso de complicações.

10. Avaliação da compreensão:

- (X) Houve compreensão das orientações fornecidas para o paciente/responsável
() Percebo que NÃO houve entendimento, solicito apoio da equipe multidisciplinar

Barbara M. de O. Pinto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-SC 33265

Impresso por: Barbara Miroski de Oliveira Pinto (CRM - 33265)

Barbara O

CATE1468

Impresso 02/11/2023 09:30:57

Página 2

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

2.1

Chave de Acesso: 4223 1184 6834 8106 9967 6500 1000 1297 6012 0950 5986 Número NF-e: 129760

Data de Emissão: 02/11/2023 17:00:22-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	129760	02/11/2023 17:00:22-03:00		207,78

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0699-67	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (997)	261784609	SC

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
15.116.763/0004-12	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		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	TRAMAL RETARD C/10 CPR REV LP 50MG	1,0000	UN	73,75	73,75
2	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 500MG GEN	1,0000	UN	33,18	33,18
3	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	2,0000	UN	30,25	60,50
4	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	49,02	49,02
5	LISADOR C/16 CPR 5+10+500MG	1,0000	UN	42,27	42,27

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	1.30.3	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	Tipo da Operação	Digest Value da NF-e	
VENDA	1 - Saída	MST9M1YVQJRaY07Z5iKl+3vi8S4=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230698068808	02/11/2023 às 17:00:22-03:00	02/11/2023 às 17:20:19

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (997)	
CNPJ	Endereço
84.683.481/0699-67	RODOVIA JOÃO GUALBERTO SOARES, 980 SALA 1
Bairro / Distrito	CEP
INGLESES DOP RIO VEL	88058-300
Município	Telefone
4205407 - FLORIANÓPOLIS	(48)3112-1905
UF	País
SC	1058 - BRASIL

Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
261784609	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	4205407
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	3 – Regime Normal

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social	
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	
CNPJ	Endereço
15.116.763/0004-12	JULIA DA COSTA, 1447
Bairro / Distrito	CEP
BIGORRILHO	80730-070
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	TRAMAL RETARD C/10 CPR REV LP 50MG	1,0000	UN	73,75
2	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 500MG GEN	1,0000	UN	33,18
3	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	2,0000	UN	60,50
4	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	49,02
5	LISADOR C/16 CPR 5+10+500MG	1,0000	UN	42,27

Totais

ICMS			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
207,78	35,32	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	0,00	0,00	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	258,72
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	50,94	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	207,78	63,28	

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	220,00

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 – DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

PDV: 7, OPER.: 113214 Conforme Portaria 344/98 da ANVISA – Ministério da Saúde, não é permitido a devolução/troca de medicamentos controlados.VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) – FEDERAIS: R\$ 27,96 – ESTADUAIS: R\$ 35,32. Fonte: IBPT.

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42231184683481069967650010001297601209505986|2|1|1|2E1ECC057D821820DD7549058C99C9F5A6D0C09A>

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	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	