



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

3075

Nome Aluno (a)

Maria Júlia Pires dos Santos

Descrição dos Gastos

Valor

NF

Prestador

Descrição

R\$

194,42

200.606

Cia Latino Americana de

Medicamentos

R\$ 194,42

Total Reembolso

Araquari, 25 de Outubro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Júlia Pires dos Santos

Nº da Carteira: 13.3.3075

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 25/04/2008

Nº da Guia: 13547



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2023	02:42:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Cotovelo Direito

Descrição

Aluna estava em atividade recreativa quando topou com outra colega caiu e machucou o cotovelo direito, colocado gelo, gelol e remédio para dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Oliveira	24/09/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

Aluna encaminhada ao pronto atendimento para avaliação. Responsável ciente.

Ass.: Syendra Oliveira

Erenice Pereira De Araujo

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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Jocymara Oliva Soares (CRM 8278)

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

Paciente: **Maria Julia Pires dos Santos**

Endereço: **Rua Dom Fernando Trejo Sanabria, 326 Sobrado 21**

Prescrição:

USO INTERNO

TRAMAL 50 MG RETARD

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 8 EM 8 HORAS SE DOR

26/09/2023

Jocymara Oliva Soares (CRM 8278)

Dra. Jocymara Oliva Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8278-SC

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Receituário
Unimed de Joinville

Paciente **Maria Julia Pires dos Santos**

Nascto 25/04/2008 15a 5m 1d

Entrada 24/09/2023 08:36:42

Atendimento 7182674

Convênio Unimed Estadual / Intercâmbio / Especial

USO INTERNO

6.1

PROFENID 100 MG ENTÉRICO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 12 EM 12 HORAS

LISADOR DIP

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 8 EM 8 HORAS SE DOR

Dra. Jocymara Oliva Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8278-SC

Impresso em 26/09/2023 09:09:06
Jocymara

Dra. Jocymara Oliva Soares (CRM 8278)

9º Andar

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.



Unimed de Joinville - Cooperativa de Trabalho Médico

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Jocymara Oliva Soares (CRM 8278)

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

6.1

Paciente: **Maria Julia Pires dos Santos**

Endereço: **Rua Dom Fernando Trejo Sanabria, 326 Sobrado 21**

Prescrição:

USO INTERNO

CEFAMOX 500 MG

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 12 EM 12 HORAS 4 DIAS

Dra. Jocymara Oliva Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8278-SC

26/09/2023

Jocymara Oliva Soares (CRM 8278)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4223 0984 6834 8101 3589 6500 1000 2006 0615 9367 5738 Número NF-e: 200606
Data de Emissão: 26/09/2023 18:40:33-03:00

6,1

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	200606	26/09/2023 18:40:33-03:00		194,42

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0135-89	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (774)	255688296	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 LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	1,0000	UN	23,57	23,57
2 PROFENID ENTERICO C/20 CPR REV LR 100MG	1,0000	UN	76,28	76,28
3 TRAMAL RETARD C/10 CPR REV LP 50MG	1,0000	UN	73,75	73,75
4 CEFADROXILA EURO C/8 CAPS 500MG GEN	1,0000	UN	61,06	61,06

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	1.28.10	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	Tipo da Operação	Digest Value da NF-e	
VENDA	1 - Saída	d31KTdrxNalyzT6EwF5CW492poc=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230597120065	26/09/2023 às 18:40:34-03:00	-

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (774)	
CNPJ	Endereço
84.683.481/0135-89	AV BARÃO DO RIO BRANCO, 576
Bairro / Distrito	CEP
CENTRO	89240-000
Município	Telefone
4216206 - SAO FRANCISCO DO SUL	(47)3442-3463
UF	País
SC	1058 - BRASIL

Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
255688296	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	4216206
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	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	1,0000	UN	23,57
2	PROFENID ENTERICO C/20 CPR REV LR 100MG	1,0000	UN	76,28
3	TRAMAL RETARD C/10 CPR REV LP 50MG	1,0000	UN	73,75
4	CEFADROXILA EURO C/8 CAPS 500MG GEN	1,0000	UN	61,06

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
194,42	33,05	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	234,66
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	40,24	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	194,42	59,21

Dados do Transporte

Modalidade do Frete

9 - Sem Ocorrência de Transporte

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	3 - Cartão de Crédito	194,42

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

PDV: 7, OPER.: 151079 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\$ 26,16 - ESTADUAIS: R\$ 33,05. Fonte: IBPT.

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42230984683481013589650010002006061593675738|2|1|1|00C86D6F2834271908930FFEBC2246A1ADCB668C>

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	