

 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)			
3145	Sara Silveira de Melo Moura			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 39,92	290.223	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 39,92	Total Reembolso			

Araquari, 04 de Setembro de 2023.

Syendra Oliveira
 Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
 Enfermeira
 COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sara Silveira de Melo Moura
Nº da Carteirinha: 13.3.3145
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 25/07/2007

Nº da Guia: 12876



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2023	10:39:00	Pátio	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna levou uma tacada de bates no rosto.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 99795-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
André Rocha	21/08/2023

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Ao analisarmos acreditamos que seria melhor encaminharmos para o pronto atendimento.

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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



Paciente **Sara Silveira de Melo Moura**

Nascto 25/07/2007 16a 27d

Entrada 21/08/2023 12:08:43

Atendimento 7120712

Convênio Unimed Estadual / Intercâmbio / Básico

INSTRUÇÕES AOS PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO

Até o momento não pudemos constatar, através dos exames realizados, qualquer evidência de que seu traumatismo na cabeça tenha sido significativo. Entretanto, novos sintomas, sinais e complicações inesperadas podem ocorrer horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo.

As primeiras 24 horas são as mais críticas. É aconselhável permanecer em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período.

RETORNE AO HOSPITAL IMEDIATAMENTE se aparecer algum dos sinais ou sintomas abaixo relacionados:

- SONOLÊNCIA EXCESSIVA E FORA DOS PERÍODOS HABITUAIS;
- NÁUSEAS E VÔMITOS;
- DOR DE CABEÇA DE FORTE INTENSIDADE;
- CONFUSÃO MENTAL OU ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO;
- TONTURA COM INTENSIDADE CRESCENTE;
- FRAQUEZA OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM QUALQUER MEMBRO DO CORPO;
- CRISE CONVULSIVA (ATAQUE EPILEPTICO);
- DESMAIO;
- MOVIMENTO ESTRANHO NOS OLHOS, VISÃO DUPLA OU QUALQUER DISTÚRBIO VISUAL;
- PERDA DE LÍQUIDO PELO OUVIDO OU NARIZ;
- ALTERAÇÃO DA RESPIRAÇÃO;
- QUALQUER PERDA DE SANGUE;

Se a pessoa confiável, durante esse período, observar qualquer modificação aconselhamos, também, retornar ao hospital.

Pode comer ou beber como o de costume, NÃO TOME BEBIDAS ALCOÓLICAS pelo menos 03 (três) dias a partir desta data.

Pode continuar outras medicações usadas de rotina, porém NÃO use sedativos (medicações para dormir), pelo menos durante 48 horas.

USO INT

TORAGESIC 10 _____ 1 CX

TOMAR 1CP 8/8 H

////////////////////////////////////

-GELO LOCAL

-RETORNO EM CASO DE PIORA

OBSERVAR ORIENTAÇÕES

-PROFILAXIA ANTI TETÂNICA

Impresso em 21/08/2023 13:16:56

joaquimln

Dr. Joaquim Leite Neto (CRM 5840)

PA Cirurgia

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 0884 6834 8101 0725 6500 1000 2902 2312 3551 3285 Número NF-e: 290223
Data de Emissão: 21/08/2023 13:28:55-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	290223	21/08/2023 13:28:55-03:00		39,92

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 TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG	1,0000	UN	48,80	48,80

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	gu37TyTNISeZsvS97ynKdyGyq9A=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230502302069	21/08/2023 às 13:28:59-03:00	-

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JILLE 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	Inscrição Estadual
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS	
	Inscrição SUFRAMA
IM	E-mail

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG	1,0000	UN	48,80

Totais

ICMS			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
39,92	6,79	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	48,80
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	8,88	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	39,92	12,81	

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	50,00

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

CAIXA: 074109 CONTROLE: 5128 Operador: 116003 Vendedor: 116170 VOCE ECONOMIZOU: 8,88

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42230884683481010725650010002902231235513285211116A04BDE7ACBE6105FDADBD893B989D13704BC685>

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	