



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
3150

Nome Aluno (a)

Ana Luiza Maggioni Agostinho

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 101,22	336.586	Cia Latino Americana de	Medicamentos
R\$ 101,22	Total Reembolso		

Araquari, 14 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647



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		Dados do Reembolso - Seguro Aluno	
3150	Nome Aluno (a)		
		Ana Luiza Maggioni Agostinho	
Descrição dos Gastos			
Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 43,40	124.922	Cia Latino Americana de	Medicamentos
R\$ 43,40	Total Reembolso		

Syendra Oliveira
Operador do processo

Araquari, 15 de Dezembro de 2023.

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luísa Maggioni Agostinho

Nº da Carteirinha: 13.3.3150

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 25/08/2006

Nº da Guia: 15102



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/11/2023	08:00:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Picada de inseto	Pé Direito

Descrição
Aluna estava caminhando pelo lago e logo depois sentiu no pé direito, uma parte inchada e vermelha.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Araújo	(47) 3447-7400
Jaqueline Santos	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisela Cardoso	13/12/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Observações
Aplicado gelo + antialérgico tópico e via oral. Observada por 1 dia mas sem melhora, solicitamos avaliação clínica.

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

1ª VIA FARMACIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Alex Szepilowski Ribeiro Belo (CRM 14157)

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

Paciente: Ana Luisa Maggioni Agostinho

Endereço: BR 101 - KM 64, 17400 Internato Araquari Araquari

Prescrição:

uso int

-Cefalexina 500mg ----- 1 cx
1 cp 6/6h 5 dias

- Flancox 600mg ----- 1 cx
1 cp 12/12 hrs 3 dias

-Tylenol 750 mg ----- 1cx
1 cp 8/8 hrs se dor ou febre

* FAVOR NÃO TROCAR A RECEITA

28/11/2023

Alex Szepilowski Ribeiro Belo (CRM 14157)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC CEP: 89204250 TELEFONE: 4734331518 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.124.922 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1249 2212 3115 8118 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342230279566686 - 28/11/2023 11:17:17 CNPJ 84.683.481/0100-59
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 28/11/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 28/11/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 11:17:11

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 43,40
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 43,40		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1000000690	TYLENOL C/20 CPR REV 750MG [L:AT8427 Qt:1]	30049045	5 41	5929	UN	1	43,40000000	43,40	0,00	0,00	0,00	ICMS	IPI	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028 COO: 484496 NFC-e nr. 4498672 Serie ECF Emitido em: 28/11/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 43,40 Valor do ICMS = 7,38 Valor do ICMS Desonerado: 5,21	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4223 1184 6834 8101 0725 6500 1000 3365 8612
3030 9398

Data de Emissão: 28/11/2023 09:39:03-03:00

Número NF-
e: 336586

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	336586	28/11/2023 09:39:03-03:00		101,22

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 CEFLEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	2,0000	UN	30,25	60,50
2 FLANCOX C/14 CPR REV 600MG	1,0000	UN	58,78	58,78

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	nweNnMF4rVHK4R55jpVjzNtlmeE=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342230775105962	28/11/2023 às 09:39:09-03:00	-

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	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN	2,0000	UN	60,50
2	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG	1,0000	UN	58,78

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
101,22	17,20	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	119,28
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	18,06	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	101,22	29,81	

Dados do Transporte

Modalidade do Frete

9 - Sem Ocorrência de Transporte

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.

Meio de Pagamento

Valor do Pagamento

4 - Cartão de Débito

101,22

Informações Adicionais

Formato de Impressão DANFE

XSLT: v4.0.4a

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

CAIXA: 074109 CONTROLE: 5374 Operador: 116003 Vendedor: 116202 VOCE ECONOMIZOU: 18,06

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42231184683481010725650010003365861230309398|2|1|1|2D1C36175356BABBD55F08A8EA7756721227BFFE>

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