

RECEBOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO		Nº: 137197
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		SÉRIE 00001

 CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518		Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº: 137197 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42250484683481010059550010001371971516214535 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250149648043 / 22/04/2025 22:32:07
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 22/04/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 22/04/2025
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	HORA DA SAÍDA 22:32:06

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 186,07	VALOR DO ICMS 31,63	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 217,25
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 31,18	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL				186,07

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 9	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000001251	DECONGEX PLUS C/12 CPR 15+12MG Lote:2411139 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	31,10	31,10	30,40	5,17	0,00	17,00	0,00
1000003073	DEXAMETASONA EMS C/10 CPR 4MG GEN Lote:4Q1178 Qt:1	30043999	500	5102	UN	1,000	16,70	16,70	12,99	2,21	0,00	17,00	0,00
1000028685	CETOROLACO EURO C/20 CPR SL 10MG GEN Lote:939512 Qt:1	30049062	000	5102	UN	1,000	67,85	67,85	50,90	8,65	0,00	17,00	0,00
1000027527	NARIDRIN ALTO VOLUME C/30 ENV 0,9%+APLICADOR Lote:3V2876 Qt:1	30049099	000	5102	UN	1,000	71,50	71,50	67,99	11,56	0,00	17,00	0,00
1000010609	BUDESONIDA EMS C/120 DOSES SUSP NAS 32MCG GEN Lote:4N0352 Qt:1	30043999	500	5102	UN	1,000	30,10	30,10	23,79	4,04	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PDV: 20, OPER.: 111920 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 25,03
- ESTADUAIS: R\$ 31,63. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 14 de abril de 2025.

Josefa Elisa Castillo Godoy

USO INTERNO

DEXAMETASONA 4 MG - 6 COMP.
1 COMP. 8/8 HORAS POR 2 DIAS.

CETOROLACO 10 MG - 16 COMP.
1 COMP. 6/6 HORAS POR 4 DIAS.

DECONGEX PLUS - 12 COMP.
1 COMP PELA MANHÃ E OUTRO À NOITE, POR 6 DIAS.

USO INTRANASAL

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL 0,9% 500 mL - 5 FRASCOS
APLICAR 120 mL EM CADA NARINA 5 VEZES AO DIA. UTILIZAR FRASCO DO
NARIDRIN ALTO VOLUME.

BUDESONIDA 32 MCG - 1 FRASCO
2 APLICAÇÕES EM CADA NARINA 2 VEZES AO DIA POR 15 DIAS.



Rafael Hilgert
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO SC 10611

Dr. Rafael Hilgert (CRO 10611)

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Prontuário	1362657	Atendimento	9579974	Hora	23:20
Nome	Josefa Elisa Castillo Godoy	Sexo	Feminino	Dt. Validade	13/04/2025
Mãe	Francis Elena Godoy Carru	Clínica	Clínica Médica	Guia	
Data Nascto	24/07/2007	Apto/Leito	001 - EME	Médico	Rafael Hilgert
Idade	17 anos e 8	Cód.Usuário	1334356	Funcionário	Rafael Hilgert
Responsável	Lucas Gracioto Alexandre	Senha		Convênio	Escola Adventista
Internação	13/04/2025	Obs. Conv.:	Guia HDH solicitada por email + termo de agr + termo de particular /		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

- I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente de que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, razão pela qual não possui responsabilidade sobre eventual recusa ou falta de autorização da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial.
- II. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado.
- III. No caso de ocorrerem atendimentos de emergência, fica o Hospital autorizado a realizar exames, proceder aquisição e implantação de próteses requisitadas pela equipe médica independentemente de qualquer autorização ou formalidade do paciente e/ou responsável neste sentido.
- IV. O paciente e/ou responsável está ciente de que o Hospital mantém uma estrutura de ensino e os participantes deste programa podem fazer parte dos processos de cuidado e tratamento, mediante supervisão do profissional responsável.
- V. O paciente e/ou responsável declara conhecer a apólice/contrato de sua Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, seus termos e condições; existência de períodos de carência e itens de cobertura, exclusão e restrição, razão pela qual assume total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos das despesas que não estejam englobadas em sua relação com a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- VI. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente a partir de sua entrada no estabelecimento do Hospital, declarando assumir, juntamente com o paciente, a obrigação de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente em sua internação, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, forem imprescindíveis para a saúde do paciente, seja em decorrência do caráter particular atribuído ao atendimento, seja em relação à recusa total ou parcial da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.
- VII. Os preços dos procedimentos médicos realizados pelo Hospital, em caráter particular, estão disponíveis na Tesouraria da instituição hospitalar, estando o paciente e/ou responsável ciente de que poderá consultá-las a qualquer tempo para verificar os preços vigentes nesta data.
- VIII. O paciente e/ou responsável declara ciência de que, ao escolher uma acomodação diferente daquela estabelecida pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde utilizada, haverá diferenças de diárias e taxas do paciente e acompanhante que serão pagas ao Hospital, utilizando como parâmetro a tabela de preços para clientes particulares. As diferenças de honorários médicos decorrentes da alteração no tipo de acomodação deverão ser negociadas entre médico e paciente.
- IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital poderá proceder com transferências internas que facilitem a sua organização e logística, sempre respeitando o tipo de acomodação contratada, não cabendo escolha quanto ao prédio no qual o paciente ficará acomodado.
- X. O paciente e/ou responsável declara ter ciência que, conforme disposição do artigo 33 da Lei nº 9.656/1998, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, se este tiver disponível, sem ônus adicional.
- XI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, caso as despesas apuradas não sejam cobertas ou reembolsadas pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão logo se receba a negativa da Operadora.
- XII. Tratando-se de internação particular, fica estabelecido que o Hospital emitirá e apresentará a conta parcial de serviço em 48 horas úteis, para que o paciente e/ou responsável tenha ciência de seu débito, bem como efetue o pagamento dos serviços utilizados.
- XIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva do paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- XIV. O paciente e/ou responsável declara ter recebido o Manual de Orientação para pacientes e acompanhantes do Hospital, para consulta, comprometendo-se a cumpri-lo e a dar conhecimento aos seus familiares/visitantes.
- XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences dos pacientes e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.
- XVI. Tendo o paciente recebido alta médica, deverá desocupar a acomodação em até 1(uma) hora, evitando a contabilização e cobrança de nova diária. O convênio médico se responsabiliza pela cobertura de seus associados de até 1h (uma hora) após a alta médica. Após tal período, as cobranças serão consideradas particulares a título de cobrança.
- XVII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que, quando necessário e aplicável ao caso, serão formalizados termos de consentimento específicos, de acordo com a avaliação e orientação médica, destinados a esclarecer ao paciente e/ou responsável os fatos e eventos relacionados com os procedimentos que serão realizados. A recusa na ciência será comprovada por duas testemunhas por meio de assinatura no ato da recusa.
- XVIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que quando não houver serviço disponível no hospital, este fará o encaminhamento ao serviço de referência com a anuência do paciente e/ou responsável.
- XIX. Fica desde já autorizado o Hospital a providenciar a transferência do paciente e/ou responsável para um dos hospitais da rede pública de saúde.