

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO		Nº: 137305
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		SÉRIE 00001

 DROGARIA catarinense CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518	Documento Auxiliar da Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº: 137305 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42250484683481010059550010001373051425572659 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250157356743 / 28/04/2025 17:05:30
---	---	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 28/04/2025
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 28/04/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	HORA DA SAÍDA 17:05:29
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 61,59	VALOR DO ICMS 10,47	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 94,40	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,91	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 91,49

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT 9	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL		MUNICÍPIO		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ENDEREÇO	UF					
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
1000027753	TORNOZELEIRA LUNIS C/1 TAM.P LONGA	90211010	040	5102	UN	1,0000	29,90	29,90	0,00	0,00	0,00	0,00
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:24110287 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,0000	64,50	64,50	61,59	10,47	0,00	17,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PDV: 17, OPER.: 106413 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 12,30
- ESTADUAIS: R\$ 11,49. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

2º VIA PACIENTE

Lucas Sasso da Fonseca (CRM 21180)

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

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

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

Paciente: **Giovanna Pontes da Costa Bareto**
Endereço: **Rua br101 km 64, 17400 Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 28 de abril de 2025

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

Uso externo:

2) Órtese de tornozelo ----- 1 uniade

Dr. Lucas Sasso da Fonseca
CRMSC 21180 - RQE 18471

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1363784	Atendimento	9609947	ID	
Nome	Giovanna Pontes da Costa Bareto	Sexo	Feminino	Paciente:	1864809
Mãe	Elenice Pontes da Costa Barreto	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	27794
Data Nascto	03/12/2008	Cód.Usuário	1334351	Funcionário	Eduardo.O
Idade	16 anos e 4	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	28/04/2025	Hora	1	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:			

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operação 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. 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.

IV. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente perante o Hospital, inclusive em relação às obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, 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.

V. 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 receba a negativa da operadora.

VI. 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.

VII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência das normas e condições preestabelecidas pelo Hospital, tais como: respeitar a vedação legal para tabagismo; não trazer alimentos; respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e funcionários entre outros conforme a identificação dos Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.

VIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences do paciente e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.

IX. 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 do ato da recusa.

X. 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.

XI. Para todas as questões oriundas do presente documento, será competente o Foro da Comarca de Joinville, Estado de Santa Catarina, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

XII. O responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abrange, além da obrigação principal de pagamento, todos os acessórios, penalidades, multas, juros, custas, honorários de advogado, indenizações e tudo o que derivar da prestação de serviços médicos - hospitalares e sua execução, bem como todas as repactuações de valor, seja por força de lei, seja por acordo entre as partes.

XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a realização de todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive anestesia, transfusão de sangue e exames complementares que porventura se fizerem necessários.

XIV. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.

XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o Hospital Dona Helena não compartilha dados com empresas que prestam serviços de assessoria de seguros, acidentes ou de natureza semelhantes.

XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.

XVII. O paciente e/ou responsável AUTORIZA a utilização do seu endereço de e-mail e/ou telefone celular (SMS, Whatsapp) para recebimento de boletins técnicos, informes gerais, campanhas publicitárias do Hospital Dona Helena e/ou de seus parceiros, bem como para ações do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da mesma instituição.

XVIII. Este instrumento poderá ser extinto a qualquer tempo em razão de questões de natureza técnica do Hospital, que impeçam a continuidade dos serviços, dentre outras hipóteses.

E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente

Joinville, 28 de abril de 2025



PACIENTE

TESTEMUNHA / CDE