

EMOS DE

NF-e

DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº: 136538

SÉRIE 00001

DROGARIA
catarinense

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)

RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250
FONE: (47) 3433-1518Documento Auxiliar da
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1

1 - Saída

Nº: 136538

SÉRIE 00001

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

42250384683481010059550010001365381238357425

Consulta de autenticidade no portal nacional da
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefazNATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242250104920315 / 20/03/2025 16:12:01

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 20/03/2025
ENDEREÇO JULIA DA COSTA		1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 20/03/2025
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 16:12:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS ST		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
63,17		10,74		0,00		0,00		70,42	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00		7,25		0,00		0,00	
								VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	
								63,17	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO		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
1000001142	NISULID C/12 CPR DISP Lote:2408871 Qt:1	30049079	200	5102	UN	1,000	70,42	70,42	63,17	10,74	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 17, OPER.: 74023 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 8,50 - ESTADUAIS: R\$ 10,74. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 20 de março de 2025.

Rafaela Ramos Oliveira

USO INTERNO

1. NISULID DISPERSÍVEL ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS.

RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR)

AMBULATÓRIO DA MÃO

DR REYNALDO

LIGAR NO TELEFONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR CONSULTA.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1360444
Nome **Rafaela Ramos Oliveira**
Mãe Angelica Adriana Ramos
Data Nascto 20/02/2010
Idade 15 anos e 1
Data 20/03/2025
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9528904
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1334250
Senha
Hora 14:15
Obs. Conv.:

ID 
Paciente: 1850522
Guia 254000
Funcionário Laura.N
Dt.Validade 31/12/2025
Responsável Janaina Maria de

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, 20 de março de 2025