

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 134690
		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 - Saída Nº: 134690 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241284683481010059550010001346901253420977 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240292090689 / 12/12/2024 18:30:01
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 12/12/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 18:30:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 118,10	VALOR DO ICMS 20,07	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 159,32
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 41,22	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 118,10				

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
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:24070558 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00
1000002373	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN Lote:4H5607 Qt:2 Lista:null	30042052	500	5102	UN	2,000	31,62	63,24	40,44	6,87	0,00	17,00	0,00
1000001534	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 500MG GEN Lote:4I8573 Qt:1 Lista:null	30042052	500	5102	UN	1,000	34,67	34,67	18,95	3,22	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 106444 Conforme Portaria 344/98 da ANVISA - Ministério da Saúde, não é permitido a devolução/troca de medicamentos controlados.VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 15,89 - ESTADUAIS: R\$ 20,07. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Melryn Veiga de Andrade

Nº da Carteirinha: 13.3.3784

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 20/04/2008

Nº da Guia: 23894.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/12/2024	16:19:02	Refeitório	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita

Descrição

Aluna foi sair do refeitório e a catraca travou, e aluna foi puncionadas para traz. e a punho ficou preso na catraca. Local apresentando escoriações, e dor ao movimento. local com discreto edema.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Abreu de Oliveira	10/12/2024

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

Motivo do Retorno

Aluna permanece com membro com dor superior mão direita COLORAÇÃO DIFERENCIADA E INCHADA EM CAMINHO REAVALIAÇÃO

Ass.:

NAURA KLEIN
Preceptora

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

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1352336
Nome **Melryn Veiga de Andrade**
Mãe Lidiane Veiga
Data Nascto 20/04/2008
Idade 16 anos e 7
Data 12/12/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9351435
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333784
Senha
Hora 1
Obs. Conv.: Autorização em anexo.

ID 
Paciente: 1813150
Guia 23894001
Funcionário Gabrielle.S
Dt.Validade 31/12/2024
Responsável Ana Francisca Franca

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, serão consideradas despesas particulares e serão encaminhadas para pagamento do paciente e/ou responsável, tão devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- 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 devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- VI. 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.
- VII. 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.
- VIII. 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.
- IX. 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.
- X. 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.
- XI. 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.
- XII. 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.
- XIII. O paciente e/ou responsável autoriza a informação do seu diagnóstico - CID (Código Internacional de Doenças) em documento impresso pelo Hospital Dona Helena.
- XIV. 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.
- XV. 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.
- XVI. 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.
- XVII. 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.
- XVIII. E por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das

Joinville, 12 de dezembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 12 de dezembro de 2024.

Melryn Veiga de Andrade

USO INTERNO

1. FLANCOX 600MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS.

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

— DR REYNALDO

— DIA 18/12/2024

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

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)



HOSPITAL
Dona
HELENA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

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

2º VIA PACIENTE

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: **Melryn Veiga de Andrade**

Endereço: - **Araquari SC**

Data receita:

Prescrição:

Joinville, 12 de dezembro de 2024

USO INTERNO

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 06 EM 06 HORAS POR 7 DIAS.

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

ENTIDADE		SAÍDA DE CAIXA	
IAESC - Instituição Adventista Sul Brasileira Educ BR 101, Km 64 N° 17400 89.245-000 - Araquari - SC 76.726.884/0044-68		R\$ 200,00	
		31/01/2025	
Retirado por	Amanda Maria Braga		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA OBSERVAÇÃO	Ama Residencial Feminino		
31/01/2025 11:15:50	douglas.cardoso		
		Amanda M. Braga RETIRADO POR	



2° Via

ENTIDADE		RECIBO	
IAESC - Instituição Adventista Sul Brasileira Educ BR 101, Km 64 N° 17400 89.245-000 - Araquari - SC 76.726.884/0044-68		R\$ 200,00	
		31/01/2025	
Retirado por	Amanda Maria Braga		
VALOR POR EXTENSO	(DUZENTOS REAIS.)		
PARA CRÉDITO DE	Conta	Conta Corrente	VALOR
REFERÊNCIA OBSERVAÇÃO	Ama Residencial Feminino		
31/01/2025 11:15:50	douglas.cardoso		
		RETIRADO POR	