

Joinville, 26 de março de 2025.

Joao Gabriel Porciuncula de Melo

:USO ORAL

Maxulid

Nimesulida e betaciclodextrina (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 12/12 horas, POR 3 DIAS

:USO TÓPICO

Acheflan

Cordia verbenacea DC Spray (1 Frasco)

Aplicar 3 vezes ao dia, SE DOR

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

S DE

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº: 21285

SÉRIE 00001



CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (308)

RUA MAX COLIN, 1080 - CENTRO
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-041
FONE: (47) 3842-1362Documento Auxiliar da
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº: 21285

SÉRIE 00001

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

42250384683481063330550010000212851334490629

Consulta de autenticidade no portal nacional da
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242250112985360 / 26/03/2025 15:09:11

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAINSCRIÇÃO ESTADUAL
260340650

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

84.683.481/0633-30

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

26/03/2025

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

1447

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA ENTRADA / SAÍDA

26/03/2025

HORA DA SAÍDA

15:09:11

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	123,87	VALOR DO ICMS	21,05	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	137,66
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	13,79	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS								VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	123,87

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	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000003420	MAXSULID C/10 CPR 400MG Lote:B24G1240 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	47,97	47,97	47,97	8,15	0,00	17,00	0,00
1000003515	ACHEFLAN 75ML AERO 5MG/G Lote:2415582 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	89,69	89,69	75,90	12,90	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 8, OPER.: 729035 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 16,66 -
ESTADUAIS: R\$ 21,05. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	765363	Atendimento	9541368	ID	
Nome	Joao Gabriel Porciuncula de Melo	Sexo	Masculino	Paciente:	1072803
Mãe	Simone Porciuncula Pinto	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	25686
Data Nascto	29/12/2007	Cód.Usuário	1333798	Funcionário	Gabrielle.S
Idade	17 anos e 2	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	26/03/2025	Hora	1	Responsável	
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guia em anexo		

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.

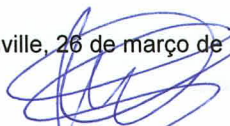
XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.

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, 26 de março de 2025



HOSPITAL DONA HELENA - 00000

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPE