

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1360445  
Nome Yasmin Braga Maffei  
Mãe Priscila Braga Maffei  
Data Nascto 07/12/2009  
Idade 15 anos e 3  
Data 20/03/2025  
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9528917  
Sexo Feminino  
Clínica Emergência Ortopédica  
Cód.Usuário 1334403  
Senha  
Hora 14:19  
Obs. Conv.: Aut. em anexo.

ID Paciente:   
1850526  
Guia 25389  
Funcionário Gabrielle.S  
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.

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.

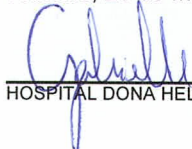
XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.

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



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 20 de março de 2025.

**Yasmin Braga Maffei**

USO ORAL

DIPIRONA 500MG-----1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SE DOR

NIMESULIDA 100MG-----1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

**USO LOCAL**

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.



Dr. Felipe Neves Campos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15115

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)

|                     |                                         |                           |
|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e                      |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 136537<br>SÉRIE 00001 |

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b><br>RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO<br>JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250<br>FONE: (47) 3433-1518 | Documento Auxiliar da<br>Fiscal Eletrônica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída <b>1</b><br>Nº: 136537<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42250384683481010059550010001365371201100202<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242250104916231 / 20/03/2025 16:10:06 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.                                                                                                  | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |            |                                  |                    |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 |                    | DATA DA EMISSÃO<br>20/03/2025      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  | CEP<br>80730070    | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>20/03/2025 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA<br>16:10:05          |

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                     |                         |                                 |                                    |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>38,38       | VALOR DO ICMS<br>6,52   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>56,92 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>18,54               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00              |
| VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>38,38 |                         |                                 |                                    |                                   |

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                              |             |               |                     |                       |
|--------------|--------------------------------------------------------------|-------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO <b>9</b> | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF                  | CNPJ / CPF            |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                                                    |             |               | UF                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL    |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                                                      | MARCA       | NUMERAÇÃO     | PESO BRUTO<br>0,000 | PESO LÍQUIDO<br>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 |
|------------|----------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000002132 | NIMESULIDA EMS C/12 CPR G 100MG<br>Lote:4L4389 Qt:1      | 30049079 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 21,22     | 21,22      | 13,48   | 2,29      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000003049 | DIPIRONA MEDLEY C/30 CPR 500MG GEN<br>Lote:EKP12454 Qt:1 | 30049069 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 35,70     | 35,70      | 24,90   | 4,23      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                          |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 17, OPER.: 74023 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 5,16 - ESTADUAIS: R\$ 6,52. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|