

Joinville, 21 de fevereiro de 2025.

**Arthur Emanuel Torres Iora**

Uso interno:

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

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos  
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca  
CRMSC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

|                     |   |             |
|---------------------|---|-------------|
| RECEBEMOS DE        |   | NF-e        |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 136004  |
|                     |   | 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 Fiscal Eletronica<br>0 - Entrada <input type="checkbox"/> 1<br>1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> | CONTROLE DO FISCO<br>   |
|  | Nº: 136004<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1   | CHAVE DE ACESSO<br>42250284683481010059550010001360041255881308<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou site da sefaz |

|                                 |                              |  |  |
|---------------------------------|------------------------------|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA   |                              | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242250068181553 / 21/02/2025 15:49:26 |  |
| 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>21/02/2025      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA 1447                       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730070                  | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>21/02/2025 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX                      | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL                 |
|   |                                 |                                  | HORA DA SAÍDA<br>15:49:26          |

|                               |                         |                                 |                                    |                                     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO            |                         |                                 |                                    |                                     |
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>73,61 | VALOR DO ICMS<br>12,51  | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>83,20   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>9,59                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                |
|                               |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>73,61 |


|                                       |   |                  |               |                     |                       |
|---------------------------------------|---|------------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |   |                  |               |                     |                       |
| RAZÃO SOCIAL                          | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATARIO | CÓDIGO ANTT<br>9 | 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 | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
| 1000024120                 | FLANCOX C/14 CPR REV 600MG<br>Lote:24070558 Qt:1       | 30049079 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 61,41     | 61,41      | 58,71   | 9,98      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000025304                 | DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN<br>Lote:EKP10999 Qt:1 | 30049069 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 21,79     | 21,79      | 14,90   | 2,53      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

|  |                    |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS   |                    |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 10, OPER.: 106436 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 9,90 - ESTADUAIS: R\$ 12,51. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                               |             |                       |             |   |
|-------------|-------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|---|
| Prontuário  | 1358108                       | Atendimento | 9473243               | ID          |  |
| Nome        | Arthur Emanuel Torres Iora    | Sexo        | Masculino             | Paciente:   | 1839835   |
| Mãe         | Dantelly Torres de Pinho Iora | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 24519   |
| Data Nascto | 11/03/2011                    | Cód.Usuário | 1335069               | Funcionário | Laura.N   |
| Idade       | 13 anos e                     | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2025  |
| Data        | 21/02/2025                    | 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, 21 de fevereiro de 2025