



RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 136045
		SÉRIE 00001

 <p><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b>  RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO  JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250  FONE: (47) 3433-1518</p>	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada <input type="text" value="1"/> 1 - Saída	<b>CONTROLE DO FISCO</b>  CHAVE DE ACESSO 42250284683481010059550010001360451553943088 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242250071192631 / 24/02/2025 20:04:03
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL <b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b>		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 24/02/2025
ENDEREÇO <b>JULIA DA COSTA</b>	1447	BAIRRO / DISTRITO <b>BIGORRILHO</b>	CEP 80730070
MUNICÍPIO <b>CURITIBA</b>	FONE / FAX	UF <b>PR</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 20:04:02

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO ICMS 87,69	VALOR DO ICMS 14,90	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 106,90
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 19,21	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 87,69

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	<input type="text" value="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
1000002132	NIMESULIDA EMS C/12 CPR G 100MG Lote:4L7373 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	21,22	21,22	13,48	2,29	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:EKP11815 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	21,79	21,79	14,90	2,53	0,00	17,00	0,00
1000004426	MIOSAN CAF C/15 CPR REV 5+30MG Lote:24060469 Qt:1	30044990	500	5102	UN	1,000	31,07	31,07	26,49	4,50	0,00	17,00	0,00
1000007358	SALONPAS PAIN RELIEF PATCH C/5 ADES 105+31,5MG Lote:B5A7T Qt:1	30051010	200	5102	UN	1,000	32,82	32,82	32,82	5,58	0,00	17,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 74023 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 11,78 - ESTADUAIS: R\$ 14,90. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 24 de fevereiro de 2025.

**Bruna Buzatto Bini**

Uso oral

1 - Miosan CAF 5mg + 30 mg ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido à noite, antes de deitar.

\*Esta medicação pode causar sono. Evitar dirigir ou atividade de risco sob o uso da medicação.

2 - Dipirona 1g ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

3 - Nimesulida 100 mg ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, durante 5 dias.

\*Não tomar medicação de estômago vazio. Ingerir após alimentação.

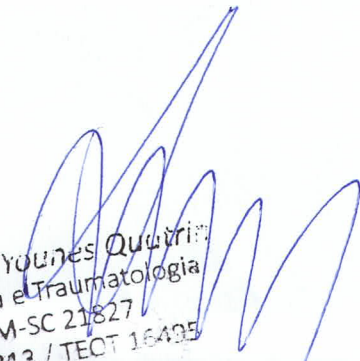
Uso tópico

4 - Salonpas

Aplicar 1 adesivo sobre a área dolorida; manter por até 08 horas.

Compressa morna no local

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro




Dr. Felipe Younes Quattrin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SC 21827  
RQE 17313 / TEOT 16495

Dr. Felipe Younes Quattrin (CRM 21827)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1358026	Atendimento	9478430	ID	
Nome	Bruna Buzatto Bini	Sexo	Feminino	Paciente:	1839468
Mãe	Patricia Buzatto Bini	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	24466001
Data Nascto	08/01/2008	Cód.Usuário	1335125	Funcionário	Larissa.Cruz
Idade	17 anos e 1	Senha		Dt.Validade	31/12/2025
Data	24/02/2025	Hora	19:37	Responsável	Janaina Maria de
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, 24 de fevereiro de 2025