

|                     |                                         |      |                           |
|---------------------|-----------------------------------------|------|---------------------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e |                           |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |      | Nº: 137690<br>SÉRIE 00001 |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>DROGARIA catarinense</b><br><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<br>1 - Saída <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> |  | CONTROLE DO FISCO<br>                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nº: 137690<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1                                                                                        |  | CHAVE DE ACESSO<br>42250584683481010059550010001376901825925533<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   |                              | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242250186361832 / 19/05/2025 16:00:34 |  |
| 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>19/05/2025      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  | CEP<br>80730070    | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>19/05/2025 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA<br>16:00:33          |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                               |                         |                                 |                                    |                                     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>46,50 | VALOR DO ICMS<br>7,91   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>54,36   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>7,86                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                |
|                               |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>46,50 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|              |                                                                                                                   |             |               |                     |                       |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span> | 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 | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|------------|-----------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000027241 | TEROCOXI C/7 CPR REV 90MG<br>Lote:BF0657A Qt:1 Lista:null | 30049069 | 200 | 5102 | UN   | 1,0000 | 54,36     | 54,36      | 46,50   | 7,91      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

**DADOS ADICIONAIS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 8, OPER.: 64216 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\$ 6,25 - ESTADUAIS: R\$ 7,91. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Lucas Sasso da Fonseca (CRM 21180)

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](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Paciente: **Aisha Setim Ohashi**  
Endereço: **Rodovia Br 101 km 54, 17400 escola Araquari**  
Data receita:  
Prescrição:  
Uso interno:

Joinville, 19 de maio de 2025

1) Terocoxi 90MG ----- 1 caixa  
Tomar 1 comprimido ao dia por 7 dias

Dr. Lucas Sasso da Fonseca  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM SC 21180 RQE 18471

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                              |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1342394                      | Atendimento | 9653080               | ID          |  |
| Nome        | Aisha Setim Ohashi           | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1763247                                                                             |
| Mãe         | Mauren Lucrecia Steim Ohashi | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 28491                                                                               |
| Data Nascto | 05/09/2009                   | Cód.Usuário | 1333856               | Funcionário | Laura.N                                                                             |
| Idade       | 15 anos e 8                  | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2025                                                                          |
| Data        | 19/05/2025                   | Hora        | 14:04                 | Responsável | Janaina Maria de Azevedo                                                            |
| 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, acidentados 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, 19 de maio de 2025