

|                     |                                         |                           |
|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e                      |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 137696<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 Fiscal Eletronica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída<br>Nº: 137696<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42250584683481010059550010001376961717675371<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/porta ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242250186662237 / 19/05/2025 18:59:01 |
| 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>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>18:59:00          |

|                               |                         |                                 |                                    |                                   |                                     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO            |                         |                                 |                                    |                                   |                                     |
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>25,40 | VALOR DO ICMS<br>4,32   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>46,04 |                                     |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>20,64               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00              | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>25,40 |

|                                       |                                                     |       |             |                     |                       |                    |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-------------|---------------------|-----------------------|--------------------|--|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |                                                     |       |             |                     |                       |                    |  |
| RAZÃO SOCIAL                          | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATARIO | 9     | 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 |
| 1000022595                 | DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN<br>Lote:405319 Qt:1  | 30049069 | 000 | 5102 | UN   | 1,0000 | 23,74     | 23,74      | 12,90   | 2,19      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000003351                 | NIMESULIDA EURO C/12 CPR 100MG<br>Lote:949102 Qt:1 | 30049079 | 000 | 5102 | UN   | 1,0000 | 22,30     | 22,30      | 12,50   | 2,13      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

|                                                                                                                                                          |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                         | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 8, OPER.: 111920 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 3,42 - ESTADUAIS: R\$ 4,32. Fonte: IBPT. |                    |

Joinville, 19 de maio de 2025.

**Felipe Lohan Pereira Aguiar Costa**

Uso oral

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

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

2 - 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.

Gelo local

Repouso

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

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

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                     |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1349887                             | Atendimento | 9653707               | ID          |  |
| Nome        | Felipe Lohan Pereira Aguiar Costa   | Sexo        | Masculino             | Paciente:   | 1801375                                                                             |
| Mãe         | Thaís Cristina Pereira Aguiar Costa | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 28503                                                                               |
| Data Nascto | 31/10/2009                          | Cód.Usuário | 1334620               | Funcionário | Laura.N                                                                             |
| Idade       | 15 anos e 6                         | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2025                                                                          |
| Data        | 19/05/2025                          | Hora        | 16:51                 | Responsável | Janaina Maria de                                                                    |
| 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, 19 de maio de 2025