

|                     |                                         |                           |
|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e                      |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 137758<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<br>Nº: 137758<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42250584683481010059550010001377581948974069<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>242250191482751 / 22/05/2025 13:57:06 |
| 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>22/05/2025      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA 1447                       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730070                  | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>22/05/2025 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX                      | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL                 |
|                                                       |                                 |                                  | HORA DA SAÍDA<br>13:57:05          |

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                               |                         |                                 |                                    |                                     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>33,99 | VALOR DO ICMS<br>5,78   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>45,22   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>11,23               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                |
|                               |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>33,99 |

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                          |             |               |                     |                       |
|--------------|----------------------------------------------------------|-------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO<br>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 | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|------------|---------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000002443 | CETOPROFENO MEDLEY C/20 CPR REV 100MG<br>Lote: EKP14084 Qt: 1 | 30049029 | 700 | 5102 | UN   | 1,0000 | 45,22     | 45,22      | 33,99   | 5,78      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 10, OPER.: 106445 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,57 - ESTADUAIS: R\$ 5,78. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

*Joinville, 22 de maio de 2025.*

**Sabrina Satriano Oliveira Serralheiro**

**USO ORAL:**

DIPIRONA 500MG----- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.

CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA

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

**USO LOCAL**

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 3 VEZES AO DIA POR 3 DIAS.

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

Dr. Felipe Neves Campos  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 131

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)



**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

|             |                                              |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|----------------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1364650                                      | Atendimento | 9659887               | ID          |  |
| Nome        | <b>Sabrina Satriano Oliveira Serralheiro</b> | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1868490                                                                             |
| Mãe         | Eloides de Oliveira Rosa                     | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 28620                                                                               |
| Data Nascto | 08/12/2009                                   | Cód.Usuário | 1355106               | Funcionário | Gessica.C                                                                           |
| Idade       | 15 anos e 5                                  | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2025                                                                          |
| Data        | 22/05/2025                                   | Hora        | 11:36                 | 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, 22 de maio de 2025