

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                         |             |                     |             |                                                                                     |
|-------------|-------------------------|-------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1331500                 | Atendimento | 8835843             | ID          |  |
| Nome        | Thayna Ferreira Alves   | Sexo        | Feminino            | Paciente:   | 1749815                                                                             |
| Mãe         | Angelita Gomes Ferreira | Clinica     | Emergência Clínica  | Guia        | 16550                                                                               |
| Data Nascto | 08/02/2009              | Cód.Usuário | 1334452             | Funcionário | Daniele.W                                                                           |
| Idade       | 15 anos e 1             | Senha       |                     | Dt.Validade | 31/12/2024                                                                          |
| Data        | 04/04/2024              | Hora        | 19:40               | Responsável | Gisela Cardoso                                                                      |
| Convênio    | Escola Adventista       | Obs. Conv.: | guia e doc 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, 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 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 do Direitos e Deveres fixada na Recepção da Emergência.
- VII. 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.
- 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 de assessoria de DPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identificarem algum contato suspeito, deverão contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.
- XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.
- 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 em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo

Joinville, 4 de abril de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 4 de abril de 2024.

**Thayna Ferreira Alves**

USO ORAL

1- DAPIRONA 500mg \_\_\_\_\_ 1 CX  
1CP VO 6/6H SE DOR

2- IBUPROFENO 300mg \_\_\_\_\_ 1 CX  
1CP VO 8/8H 3 DIAS

Augusto Cesar Lopes  
Ortopedia & Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM 27362 RQE 21849 TEOT 18883

Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)



DROGARIA  
**catarinense**

Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº: 128669

SÉRIE 00001

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240484683481010059550010001286691864951606

Consulta de autenticidade no portal nacional da  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342240106461843 / 19/04/2024 22:03:09

**CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)**

RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO  
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250  
FONE: (47) 3433-1518

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDA**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

84.683.481/0100-59

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

|                                                              |            |             |                                  |  |                                    |
|--------------------------------------------------------------|------------|-------------|----------------------------------|--|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b> |            |             | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 |  | DATA DA EMISSÃO<br>19/04/2024      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                                   |            | CEP<br>1447 | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  |  | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>19/04/2024 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                        | FONE / FAX | UF<br>PR    | INSCRIÇÃO ESTADUAL               |  | HORA DA SAÍDA<br>22:03:09          |

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                                |                         |                                 |                                    |                                      |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>126,34 | VALOR DO ICMS<br>21,48  | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>140,84   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00         | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>14,50               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                 |
|                                |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>126,34 |

**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   | ESPECIE | 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 |
|------------|--------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000001142 | NISULID C/12 CPR DISP<br>Lote:2313737 Qt:1/Lote:2313737 Qt:1 | 30049079 | 200 | 5102 | UN   | 2,000 | 70,42     | 140,84     | 126,34  | 21,48     | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 10, OPER.: 106409 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 16,99  
- ESTADUAIS: R\$ 21,48. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO