



MUNICÍPIO DE TIJUCAS DO SUL
Secretaria Municipal da Finanças
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
www.esnfs.com.br

Número da Nota:
006
Data e Hora da Emissão:
09/08/2022 08:14:40
Operador Emissor:
IGOR R. C.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **10344792960** I.E.: I.M.: **3263** Telefone:
Nome/Razão: **IGOR ROBERTO DA CRUZ**
Endereço: **RUA EMILIA CAMARGO DE LIMA, 407 - CASA - JARDIM BOSQUE DA SAÚDE - 83850000**
Município: **Tijucas do Sul** UF: **PR** e-Mail: **igor.98roberto@outlook.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **15116763000412** I.E.: I.M.:
Nome/Razão: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
Endereço: **Alameda Jêlia da Costa, 1447 - Bigorrião - 80730070**
Município: **Curitiba** UF: **PR** e-Mail: **assistenciamedica@clinicaadventista.org.br**

Cód.	Discriminação	Val.Serviço
4.08	Realizado 32 atendimentos de Fisioterapia na paciente Monalisa Pereira Pampú, sendo atendimentos de pré operatório de joelho direito.	2.210,00

Total Serviços (R\$) **2.210,00**

Retenções (R\$)

COFINS

ISS (0,00)

PIS

IRRF

CSLL

INSS

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

Total Líquido (R\$) **2.210,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 374/2012
A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

Em caso de necessidade acesse <http://www.procon.pr.gov.br> para eventuais problemas de consumidor.

Autenticidade: 49BC912C.019F6528.719D8BC1.9DECEE49 (verificada em 09/08/2022 às 08:14:41)

Equiplano - NFS-e 500.2005u



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Monalisa Pereira Pampu

Nº da Carteira: 2.33.5785

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 25/02/2007

Nº da Guia: 5191

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2022	08:37:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
A aluna estava em aula de educação física quando sentiu uma torção no joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora : Larissa	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Stefani	11/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
Ela foi encaminhada a sala de apoio onde fizemos compressa de gelo e passamos o gelo e a mãe avisada

Ass.:

Daniele Novaes Torino

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



**Diagnóstico
Avançado
Por Imagem**

Liga das Senhoras Católicas de Curitiba

Dr. Ênio Rogacheski
DIRETOR TÉCNICO MÉDICO
CRM PR 5190 - RQE 13905

RELATÓRIO

Nome do Paciente: MONALISA PEREIRA PAMPU		
Idade: 15Y	Data do Exame: 13/03/2022	Nº do Paciente: 0013034109

A/C DR(A). FREDERICO BISHOP SCHERNER

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Foram obtidas imagens sensíveis ao líquido (DP, STIR e T2) e ponderadas em T1 nos planos ortogonais.

Grande derrame articular.

Heterogeneidade de sinais e indefinição de contornos do ligamento cruzado anterior.

Leve edema de planos adiposos ao redor dos ligamentos colaterais medial e lateral.

Imagem linear hiperintensa na região periférica do corpo e corno posterior do menisco medial com extensão para superfície articular inferior.

Áreas de edema / contusões ósseas no côndilo femoral lateral e platô tibial posterior.

Não há evidência de derrame articular.

As cartilagens hialinas de revestimento articular têm espessura e intensidade de sinal normais.

Menisco lateral íntegro.

Ligamento cruzado posterior preservado.

As demais estruturas ósseas analisadas têm aspecto normal.

Tendões patelar e quadricipital anatômicos.

Os músculos do segmento examinado têm aspecto normal. Fossa poplíteica livre.

OPINIÃO:

O estudo por ressonância magnética do joelho direito mostra:

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Estiramento dos ligamentos colaterais medial e lateral.

Rotura vertical / oblíqua na região periférica do corpo e corno posterior do menisco medial.

Áreas de edema / contusões ósseas no côndilo femoral lateral e platô tibial posterior.

Grande derrame articular.

Dr. Mateus Chissini Paganella
CRM - PR 32826 RQE 19592

Central de Atendimento
41 3250-3000

www.dapi.com.br

Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. André Francisco Gomes
Dra. Andréa Maria Borges
Dra. Andressa Braga Baiah
Anna Carolina M. de A. Bandeira
Dra. Anna Luisa Aranha Nunes
Dr. Arildo Correa Teixeira
Dr. Arnolfo de Carvalho Neto
Dr. Arthur Mauricio Vieira
Dr. Bruno Rick Ogata
Dr. Carlos Eduardo Del Valle
Dra. Carolina Chomiski
Dra. Christiane Sayuri Kawasaki
Dr. Cristian Maio Hillesheim
Dr. Cristian Saievicz de Moraes
Dr. Daniel Dias da Silva Cavaleiro
Dr. Danny Warszawiak
Dr. Dante Luiz Escussato
Dra. Debora Brighente Bertholdo
Dr. Eduardo Mendel Balbi Filho
Dr. Ênio Rogacheski
Dr. Enrique Antonio Vidal
Dr. Erick Przybysz Pinto
Dr. Fabiano Ferrari Lucaski
Dr. Fabio Hideo Abe
Dra. Fernanda Mota Felipe
Dr. Francisco de Paula Feijó
Dra. Gabriela de Melo Rocha
Dra. Glaucine Adeline B. R. Bubicz
Dr. Graciliano José França
Dr. Guilherme Augusto Bertoldi
Dr. Gustavo Rengel dos Santos
Dra. Isabella Souza Sitta
Dra. Karla Bueno Abujamra Avila
Dra. Lana Eduarda Trovo Zilotti
Dra. Linei Augusta Dellê Urban
Dr. Lucas Daniel Carstens
Dr. Lucas Formighieri
Dr. Luiz Otavio de Mattos Coelho
Dra. Magda de Castro Vieira Tavares
Dra. Maira Levorato Basso
Dra. Maira Schievano Barros
Dra. Manoela Falsoni
Dr. Marcello Zapparoli
Dr. Marcus Adriano Trippia
Dr. Mateus Chissini Paganella
Dr. Mauricio Zapparoli
Dra. Michele Souza Dantas da Silva
Dr. Oscar Fernando G. Orozco
Dr. Paulo Henrique Stahlke
Dr. Paulo Sergio D. B. Stahlke
Dra. Priscila Fernandes Iembo
Dr. Rafael Artigas Fauz
Raimundo Romildo da S. Pinheiro
Dr. Rodrigo Aguiar
Dr. Rodrigo Júlio Cerci
Rosângela Maria Trovo Hidalgo
Dr. Sandro Zaleski Salloum
Dr. Sérgio Eiji Ono
Dr. Sérgio Mazer
Dr. Silvio Atsushi Ogata
Dra. Simone Zandoná Rodrigues
Dra. Tuízy de Freitas Guimarães
Dr. Vinicius Bitencourt Ludwig
Dr. Vinicius Chissini Paganella
Dr. Vitor Lopes Galvão Vieira
Dra. Viviane Carvalho Franceschi



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

32.630.151

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Valor Red. / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/OPF

51 - Nome do profissional

52 - Conselho profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Profissional Solicitante

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Profissional Solicitante

79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Profissional Solicitante

81 - Assinatura do Profissional Solicitante

82 - Assinatura do Profissional Solicitante

83 - Assinatura do Profissional Solicitante

84 - Assinatura do Profissional Solicitante

85 - Assinatura do Profissional Solicitante

86 - Assinatura do Profissional Solicitante

87 - Assinatura do Profissional Solicitante

88 - Assinatura do Profissional Solicitante

89 - Assinatura do Profissional Solicitante

90 - Assinatura do Profissional Solicitante

91 - Assinatura do Profissional Solicitante

92 - Assinatura do Profissional Solicitante

93 - Assinatura do Profissional Solicitante

94 - Assinatura do Profissional Solicitante

95 - Assinatura do Profissional Solicitante

96 - Assinatura do Profissional Solicitante

97 - Assinatura do Profissional Solicitante

98 - Assinatura do Profissional Solicitante

99 - Assinatura do Profissional Solicitante

100 - Assinatura do Profissional Solicitante



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 32163015

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

31 - Tipo de Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (RS)

47 - Valor Total (RS)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPP

51 - Nome do profissional

52 - Conselho profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (RS)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

61 - Total de Materiais (RS)

62 - Total de OPME (RS)

63 - Total de Medicamentos (RS)

64 - Total de Gases Medicinais (RS)

65 - Total Geral (RS)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

31 - Código CNES

Cirurgião



ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Monalisa Pampu, portador do RG , foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das , sendo portador da afecção CID-10 M3.5.

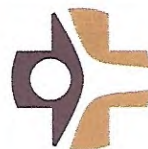
Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de 10 - cento e oitenta dias - doze a partir desta data. 10/23/22 De

Frederico Bishop Scherner
Cirurgia do Joelho e Cirurgia do Quadril
CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148

Autorização

Eu, , autorizo o registro do CID-10 neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



Dr. Paulo José Scherner CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827
Ortopedia e Traumatologia
scherner@uol.com.br

Dr. Frederico Bishop Scherner CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril
fredericoscherner@gmail.com
/drfredericoscherner

Dra. Leila Roberta Crisigiovanni CRM-PR 27688 / RQE 19307
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial
draleilaortorino@gmail.com
/draleilaortorino

Dr. Mateus Rugilo Rosa CRM-PR 30992 / TEOT 15288 / RQE 22444
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo
mateus.rugilo@gmail.com
www.ortotraumatoclinica.com.br

Rua João Ângelo Cordeiro, 794, Centro.
São José dos Pinhais.
CEP 83005-570.
Telefone +55 41 3282-3824
www.ortotraumatoclinica.com.br



ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Monalisa Pampu, portador do RG , foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das , sendo portador da afecção CID-10 M23.1.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de três dias a partir desta data. 10/23/22

Frederico Bishop Scherner
Cirurgia do Joelho e Cirurgia do Quadril
CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148

Autorização

Eu, , autorizo o registro do CID-10 neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



Dr. Paulo José Scherner CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827
Ortopedia e Traumatologia
scherner@uol.com.br

Dr. Frederico Bishop Scherner CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril
fredericoscherner@gmail.com
/drfredericoscherner

Dra. Leila Roberta Crisigiovanni CRM-PR 27688 / RQE 19307
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial
draleilaortorino@gmail.com
/draleilaortorino

Dr. Mateus Rugilo Rosa CRM-PR 30992 / TEOT 15288 / RQE 22444
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo
mateus.rugilo@gmail.com
www.ortotraumatoclinica.com.br

Rua João Ângelo Cordeiro, 794, Centro.
São José dos Pinhais.
CEP 83005-570.
Telefone +55 41 3282-3824
www.ortotraumatoclinica.com.br

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que _____ MONALISA PEREIRA PAMPUH _____, portador do RG _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das _____, sendo portador da afecção CID-10 m23.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de seis dias 06 (_____) a partir desta data. 11/03/22

Frederico Bishop Scherner
Cirurgia do Joelho e Cirurgia do Quadril
CRM-PR 32687/ TEOT 13577/ RQE 18148

Autorização

Eu, _____, autorizo o registro do CID-10 neste atestado médico.



Assinatura do paciente ou responsável



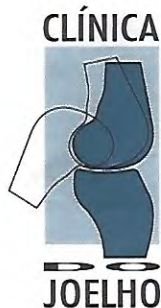
Rua João Ângelo Cordeiro, 794. Centro.
São José dos Pinhais.
CEP 83005-570.
Telefone +55 41 3282-3824
www.ortotraumaclinica.com.br

Dr. Paulo José Scherner CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827
Ortopedia e Traumatologia
scherner@uol.com.br

Dr. Frederico Bishop Scherner CRM-PR 32687/ TEOT 13577 / RQE 18148
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril
fredericoscherner@gmail.com
Instagram: /drfredericoscherner Facebook: /DrFredericoScherner

Dra. Leila Roberta Crisigiovanni CRM-PR 27688 / RQE 19307
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial
draleilaotorrino@gmail.com
Instagram: /draleilaotorrino Facebook: /DraLeilaOtorrino

Dr. Mateus Rugilo Rosa CRM-PR 30992 / TEOT 15288 / RQE 22444
Ortopedia e traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo
mateus.rugilo@gmail.com



Avenida Getúlio Vargas, 3066 - Água Verde
Fone: (41) 3026 - 5458
CEP 80240-041 - Curitiba - Paraná
e-mail: clinicadojoelho@clinicadojoelho.com.br
f clinicadojoelhocuritiba
i clinicadojoelhocuritiba
9 9637-4949

Angelo

Dr. Edilson S. Thiele - CRM 9552
Dr. Henrique A. Barros Carvalho - CRM 14217
Dr. Jonathan B. Vidal - CRM 27277
Dr. Frederico B. Scherner - CRM 32687
Dr. Waldir A. Cunha Jr - CRM 13367
Dr. Ricardo S. Falavinha - CRM 4829

RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR

ORIENTAÇÕES GERAIS:

• **A cirurgia será agendada após:**

- 1 - Fazer os exames de sangue em jejum.
- 2 - Liberar o procedimento junto ao convênio.
- 3 - Fazer avaliação clínica e/ou anestésica. A avaliação pré-anestésica deverá ser agendada pelo fone (41) **3315-1809** (Hospital Vita) ou (41) **3340-5500** (Artroclínica)
- 4 - Para uma melhor avaliação dos resultados, realizar o CYBEX - Avaliação Isocinética, que também será feito com 2 e 4 meses de pós-operatório. 3026-5458
- 5 - Hospital Union: 3075-7001

• **No Internamento:**

- Chegue no horário previamente agendado e apresente-se à recepção do hospital;
- Assine o termo de consentimento;
- Não se esqueça de levar os medicamentos que eventualmente esteja usando, assim como roupas e objetos de uso pessoal (escova, pasta, chinelo, etc.);
- Leve também: **Todos seus exames (Rx, Ressonância, exames de sangue, elétrico cardiograma);**
01 par de meia elástica anti trombo 7/8; 180,00
01 par de muletas; 50,00
01 bolsa de gelo; 75,00

• **Preparação para cirurgia:**

- O jejum é de no mínimo 8 horas. Não beba nem mesmo água durante este período, sob o risco de ter sua cirurgia cancelada;
- Retire esmalte e jóias;
- Aproximadamente 1 hora antes da cirurgia você receberá medicação pré-operatória que o deixará sonolento. Permaneça na cama;
- A cirurgia não tem horário fixo para começar, e sim um horário aproximado, podendo variar de acordo com o movimento cirúrgico do dia e a orientação do anestesista.
- Confirmar o joelho que será operado.

• **Após a cirurgia:**

- Você ficará em um local reservado (ainda dentro do centro cirúrgico) para a recuperação pós anestésica, até apresentar condições para retornar ao quarto.

- Será feito bolsa de gelo sobre o joelho e medicação

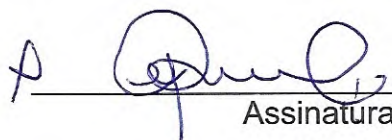
• **No momento da alta, em geral no dia seguinte:**

- Você será orientado sobre o início da fisioterapia. Receberá receita com medicação analgésica/antiinflamatória;
- Não mexa no curativo em casa. Ele será trocado no retorno;
- Os pontos serão retirados (em torno de 15 dias);
- O paciente deve fazer as fisioterapias, usar as meias e medicamentos e comparecer a consultas de reavaliações mensais até 6 meses de P.O.

- **ATENÇÃO: O paciente deverá ir à clínica com até 48hrs. de antecedência para conferência e confirmação, caso contrário a cirurgia será cancelada.**

QUALQUER DÚVIDA ENTRE EM CONTATO COM A CLÍNICA DO JOELHO.

Cliente:


Assinatura

Nome Civil: MONALISA PEREIRA PAMPU
Nasc: 25/02/2007 - Idade: 15a4m9d - Sexo: F
Mae: SUSANA APARECIDA DA CRUZ PAMPU
Matric.: 074804365
Conv.: AMIL/APARTAMENTO
Medico: FREDERICO BISHOP SCHERNER

CIRURGIA PROPOSTA / DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
LESÃO LIGAMENTARES + RECONSTRUÇÃO LCA e TRANSPOSIÇÃO DE MAIS UM TENDÃO +reparo meniscal+
TENOPTASTIA E SINOVECTOMIA PARCIAL + reconstrução lesão ligamentar periferica

CIRURGIA REALIZADA / DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

IDEM

DATA: 05/07/22

INICIO:

HORARIO

TERMINO:

EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO: frederico scherner

ANESTESISTA: marcelo

1º ASSISTENTE: henriqu carvalho

INSTRUMENTADOR: ADEMILSON

2º ASSISTENTE: marcio vidor

PERFUSIONISTA:

3º ASSISTENTE:

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1 - Paciente em decubito dorsal sob anestesia peridural
2 - Assepsia + colocacao de campos estereis + garrote pneumatico raiz da coxa direita
3 - Acesso medial de 2 cm na tibia proximal junto a TAT e exposição da inserção dos tendões flexores DO JOELHO direito e retirada do tendões flexores
4 portais universais para artroscopia
5- Artroscopia instalada irrigação com ssi (9 L)+ capa e equipo 4 vias.
LCA- rotura completa completo
MI- ruptura corno posterior -realizado reparo meniscal com 2 kit de sutura fast fix curvo
ME-- sem lesão
LCP- sp
CARTILAGEM e SINOVIAL realizado sinovectomia- lesao condral fp e FTI realizada osteondroplastia com radiofrequencia
6- Tratamento das lesões intra articulares com uso de pinças, shaver partes moles e radiofrequencia
7- Confecção dos tuneis com auxilio dos guias femoral e tibial e broca .COLOCACAO DOS GUIAS TIBIAL E FEMORAL TIPO "Chambat" realizado tunel femoral amanho 8, CONFORME TECNICA .
7.1-PASSAGEM DOS TENDÕES FLEXORES e E FIXACAO FEMORAL COM 1 PARAFUSO DE INTERFERENCIA - 8/25 no fermur
7.2 _ TENSIONAMENTO DO ENXERTO NA REGIAO DISTAL E FIXACAO COM PARAFUSO DE INTERFERENCIA 9x25 na tibia
TESTADO LIGAMENTO - OK.
7.3- passagem do tendao flexor infra retinaculo.preparo do tunel com broca 7 em posição anatomica para reconstrução ligamentar periferica no joelho - ligamento antero lateral - fixacao em extensao entre o tuberculo de gerdi e cabeça da fibula . conforme tecnica Testado a estabilidade - ok parafuso 7x25 8- Sutura do tecido subcutaneo com vicryl 3.0 683(1) vicryl 2.0 166 (1)vicryl 0 352(1), e pele com monocryl 3.0 936 (2) e vycril 1-341(2)mononylon 2.0 (1)+ infiltração de profunda co agulha de peri N 18 e subcutâneo com adrenalina 1:1000/ dexametasona/ ropivacaina 9- Curativo e enfaixamento com 3 ataduras de crepe

MATERIAIS - chumaço para curativo . agulha de pen, azul de metileno , 4 ataduras de crepe e 2 ataduras de algodao + adrenalina + dexametasona + ropivacaina

OPME - Ponteira de shaver partes moles Raciofrequencia, capa de video 3 parafusos de interferencia + 2 kits de sutura meniscal

INTERCORRENCIAS

SIM ☐

NÃO ☐

Descrição:

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

ANATOMIA PATOLÓGICA?

SIM ☐

NÃO ☐

TIPO DE EXAME

Nº PEÇAS

TIPO(S) de PEÇA(S)

☐ BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO

☐ BIÓPSIA CONVENCIONAL

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM

☐ ANÁLISES CLÍNICAS

☒ R X

☐ OUTROS:

☐ BANCO DE SANGUE

CIRURGIÃO

MEDICO
FREDERICO SCHERNER

CRM
32.687

ASSINATURA / CARIMBO

PACIENTE	NASCIMENTO	IDADE	SEXO
NOME SOCIAL :			
NOME CIVIL : MONALISA PEREIRA PAMPU	25/02/2007	15 anos	Feminino
REGISTRO DATA HORA RG	CPF	RELIGIÃO	
DA60367 05/07/202 08:23 139339002	10986481963	EVANGELICA	

CONVENIO/PLANO	MATRÍCULA	VALIDADE	SENHA/GUIA
AMIL/APARTAMENTO	074804365	06/07/2022	000000000
TITULAR			
MONALISA PEREIRA PAMPU			

DIAGNOSTICO PROVÁVEL	MÉDICO (NOME/ CRM)
M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESAO AN	FREDERICO BISHOP SCHERNE / 32687

NOME RESPONSÁVEL	RG	CPF
ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P	39880342	529.269.319-72
Outros Telefones: Celular: 41995983010 Recado: CHACARA		

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE QUEDA

Quedas são eventos indesejáveis que podem ocorrer em Pacientes hospitalizados, causando desconforto tanto ao Paciente como aos familiares e profissionais que atuam prestando serviço hospitalar. Caso a queda ocorra, o tempo de internação do Paciente pode se estender. Os Pacientes que apresentam risco de queda deverão ser informados e esclarecidos pelos profissionais que prestam atendimento.

O Hospital VITA possui um protocolo para prevenção de quedas que tem como objetivo atuar junto a equipe multiprofissional, a fim de identificar os riscos de queda e implementar medidas de prevenção.

O que é queda?

Para a sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil.

O que pode causar a queda do Paciente?

- Urgências urinárias e intestinais;
- Fraqueza muscular;
- Uso de determinados medicamentos;
- Tontura;
- Confusão mental;
- Dificuldade visual;
- Dificuldade de marcha;
- Condições ambientais.
- Na criança: brincadeiras sem vigilância dos responsáveis, utilização dos carrinhos sem o cinto de segurança, correrem pelos corredores, brincar próximas as escadas e janelas.

O que o Paciente e acompanhante pode fazer para prevenir a queda?

- Seguir as recomendações da equipe multiprofissional sobre as medidas de prevenção de queda;
- Utilizar calçados com solado antiderrapante;
- Evitar o uso de vestuário longo;
- Manter a luz noturna acesa;
- Manter a cama baixa e as grades elevadas.

Acompanhante

- Não deixar o Paciente sozinho;
- Acionar o botão da campainha sempre que precisar de ajuda;
- Somente levantar o Paciente do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado;
- Solicitar auxílio da equipe para mobilização do Paciente no leito e/ou locomoção no quarto;
- Garantir a utilização pelo Paciente de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;
- O efeito do sedativo e/ou anestésico potencializa o risco de queda;
- Manter a área de circulação do Paciente livre de utensílios e móveis;
- Não deixar o Paciente sozinho durante o uso do banheiro ou durante o banho;
- Estar atento às brincadeiras da criança.

Na ocorrência de quedas como proceder?

Mesmo com a observação de todos os cuidados a queda pode ocorrer. Neste caso, comunicar imediatamente a equipe de enfermagem para que o Paciente seja avaliado.

Curitiba, _____ de _____ 20____.

Declaro, para os devidos fins, que foram dadas todas as orientações sobre as medidas preventivas para o paciente e o risco de queda.

NOME (Identificação do profissional): _____

ASSINATURA E CARIMBO:

Declaro estar ciente da responsabilidade de adotar as orientações, visando à segurança do paciente, desde a admissão até o momento da alta hospitalar.

RESPONSÁVEL	PACIENTE
NOME (legível) _____	NOME (legível) _____

ASSINATURA _____	ASSINATURA _____
------------------	------------------

CPF _____	CPF _____
-----------	-----------

Diretoria do Corpo Clínico

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PACIENTE	NASCIMENTO	IDADE	SEXO
NOME SOCIAL:			
NOME CIVIL : MONALISA PEREIRA PAMPU	25/02/2007	15 anos	Feminino
REGISTRO DATA HORA	RG	CPF	RELIGIÃO
DA60367 05/07/2022 08:23	139339002	10986481963	EVANGELICA
TELEPHONE	CELULAR	CONVÊNIO/PLANO	
41996273476	41995983010	AMIL/APARTAMENTO	

Eu, MONALISA PEREIRA PAMPU autorizo a realização da(s) seguinte(s) cirurgia(s) e/ou procedimento(s) invasivo(s):
LESCOES COMPLEXAS DE JOELHO (FRATU - TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUB-MENISCECTOMIA - UM MENISCO -

Indicado(s) pelo(a) Medico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, profissionais credenciados no Corpo Clínico do Hospital VITA Curitiba.

1. A proposta da cirurgia, procedimento, tratamento ou exame a que serei submetido(a), seus benefícios e riscos, suas complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

() Paciente Assinatura: _____

() Responsável Assinatura: _____

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade: _____

Testemunha: _____ Assinatura: _____

Curitiba, 05/07/2022 . Hora: 08:23

Espaço a ser preenchido pelo(a) Medico(a)

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Medico: _____

(Assinatura e Carimbo)

REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE - NOME SOCIAL

PACIENTE - NOME LEGAL		NASCIMENTO		IDADE	SEXO
MONALISA PEREIRA PAMPU		25/02/2007		15 anos	Feminino
REGISTRO DATA	HORA	PROCEDÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO	
DA60367	05/07/2022	08:23		ATENDIMENTO DE URG	
RG	CPF	RESIDÊNCIA		RELIGIÃO	
139339002	10986481963	PROFISSÃO		EVANGELICA	
ENDEREÇO		BAIRRO			
RUA ANTONIO PULGAS CLAUDINHO 250		XAXIM			
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	CELULAR	
TIJUCAS DO SUL	PR	83190000	41996273476	41995983010	

CUNVÊNIO/PLANO	MATRÍCULA	VALIDADE	SENHA/GUIA
AMIL/APARTAMENTO	074804365	06/07/2022	000000000
TITULAR	EMPRESA		
MONALISA PEREIRA PAMPU	HOSPITAL VIT		

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	MÉDICO (NOME/ CRM)
M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESAO AN	FREDERICO BISHOP SCHERNE / 32687

NOME RESPONSÁVEL	RG	CPF
ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P	39880342	529.269.319-72
ENDEREÇO	CIDADE	UF
ANTONIO PULGAS CLAUDINHO	TIJUCAS DO SUL	PR
Outros Telefones: Celular: 41995983010 Recado: CHACARA		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. DA AUTORIZAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

1.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara para os devidos fins, que o presente termo tem como objetivo autorizar a prestação de serviços hospitalares pela **SMA Empreendimentos e Participações S/A**, doravante designada simplesmente **HOSPITAL VITA**, a serem prestados para o paciente supra identificado, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, por outros serviços terceiros (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, etc.) sob a supervisão e indicação do médico responsável, identificado no respectivo pedido de internação e/ou registro de internação. Fica, portanto, o **HOSPITAL VITA** expressamente autorizado a regular por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo referido médico responsável, ou por outro(s) profissional(is) da equipe médica referenciada, que venham participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do **PACIENTE**, até a sua alta hospitalar.

1.2. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que a prestação dos serviços estabelecida neste contrato é uma obrigação de fato, que independe do resultado dos serviços prestados.

1.3. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara aquiescência livre e clara de eventuais riscos e perigos decorrentes de tratamentos e/ou intervenções cirúrgicas a que o primeiro venha a se submeter, tendo sido esclarecido por um dos componentes da equipe médica.

1.4. Tratando-se de direito personalíssimo, apenas o próprio **PACIENTE** tem o direito de recusar algum item de seu tratamento ou procedimento, não sendo tal direito extensivo aos familiares ou responsáveis legais, desde que a decisão não implique em risco de vida ou compromisso significativo de sua evolução clínica. Tal pedido deve ser feito formalmente à equipe médica, que registrará em prontuário.

1.5. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** tem o dever e a responsabilidade de fornecer informações confiáveis, a fim de proporcionar uma avaliação adicional de seu estado de saúde, como antecedentes clínicos e cirúrgicos, hospitalização, uso de medicamentos e hábitos sociais. Nenhuma medicação além das prescritas devem ser utilizadas pelo **PACIENTE** durante a internação sem que haja autorização do médico responsável pelo atendimento e cumprimento da rotina de verificação.

1.6. Os médicos responsáveis pela internação e tratamento do **PACIENTE** são de livre escolha do **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL**, desde que o profissional seja devidamente cadastrado no corpo clínico da instituição.

1.7. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza o médico responsável a dar acesso ao prontuário do **PACIENTE** a outros profissionais de saúde, exclusivamente para auxílio no diagnóstico e respectivo tratamento.

1.8. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** pode receber informações verbais, instruções escritas ou folhetos que descrevam sua doença, procedimentos e tratamento. Caso haja qualquer dúvida, o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** deve esclarecer junto aos membros da equipe multiprofissional envolvidos na sua assistência.

2. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

2.1. 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 do Decreto Lei nº 2.848/1940. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado. A formalização do presente instrumento é imprescindível e deverá ocorrer no primeiro momento possível, durante o período de atendimento, na medida em que o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** fica desde logo cientificado de que o **HOSPITAL VITA** é uma instituição particular, não vinculada ao Sistema Único de Saúde.

2.2. No caso de ocorrerem atendimentos de urgência/emergência, fica o **HOSPITAL VITA** autorizado a, na busca da preservação da vida do paciente, realizar exames, proceder a aquisição e implantação de próteses requisitadas pela equipe médica independentemente de qualquer autorização ou formalidade do **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** neste sentido.

2.3. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara ter ciência de que procedimentos cirúrgicos de amputação de membros deverão ser autorizados por escrito, após informação médica do caso, salvo nos casos em que não seja possível a autorização prévia (iminência de morte), hipótese em que será realizado o procedimento necessário para salvar a vida do **PACIENTE**.

3. DO INTERNAMENTO POR PLANO DE SAÚDE

3.1. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara ter ciência de que a internação não emergencial de PACIENTES que se apresentem como beneficiários de Planos de Saúde (seguro saúde, medicina em grupo, cooperativas médicas, empresas com planos de autogestão e outros), está condicionada à prévia autorização formal pelo respectivo Plano de Saúde, com indicação dos serviços, materiais, medicamentos, GPMs (órteses, próteses e materiais especiais), e/ou procedimentos para os quais a autorização foi expedida, inclusive considerando a espécie de categoria/acomodação autorizada pelo Plano de Saúde.

3.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que o HOSPITAL VITA não possui qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre aqueles e o Plano de Saúde, razão pela qual nenhuma responsabilidade será atribuída ao HOSPITAL VITA pela recusa ou falta de autorização do Plano de Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial, cabendo exclusivamente ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a adoção de quaisquer medidas perante a operadora para a discussão de eventuais recusas ou glosas.

3.3. No caso de internação por intermédio de Plano de Saúde, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL responderá, mesmo após alta ou transferência do PACIENTE, como devedor solidário e principal pagador por eventuais despesas não cobertas pelo Plano de Saúde, credenciado no HOSPITAL VITA. As despesas decorrentes de serviços, procedimentos, insumos e outros que tenham sido alvo de negativa (recusas, exclusões, limite contratual, Plano de Saúde não-regulamentado, procedimento não-regulamentado na ANS e outros) de pagamento pelo Plano de Saúde em face do HOSPITAL VITA serão considerados particulares e serão encaminhadas para pagamento do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL durante o internamento ou após a alta.

3.3.1. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL fica ciente de que, em razão de procedimentos operacionais dos Planos de Saúde, o HOSPITAL VITA pode vir a ser cientificado sobre negativas (recusas, carência, limite contratual, Plano de Saúde não-regulamentado, procedimento não-regulamentado na ANS e outros), totais ou parciais, das despesas do internamento do PACIENTE após a data de sua alta ou do encerramento da prestação dos serviços.

3.3.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL fica ciente de que, nos casos de internamentos custeados por Planos de Saúde, a ausência de cobrança por parte do HOSPITAL VITA no momento da alta ou encerramento da prestação dos serviços não representa a outorga de quitação ou mesmo renúncia a qualquer crédito do HOSPITAL VITA. O HOSPITAL VITA fica à disposição para prestar ao PACIENTE/OU RESPONSÁVEL as informações que lhe são disponibilizadas acerca da transição do procedimento de liquidação das despesas do internamento/atendimento junto ao Plano de Saúde, sendo possível que, no momento da alta, o HOSPITAL VITA ainda não tenha recebido do Plano de Saúde a informação de que este arcará total ou parcialmente, ou recusará, total ou parcialmente, o pagamento das despesas.

3.4. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que, em caso de internação procedida por intermédio do Plano de Saúde, estará obrigado a cumprir as normas do Plano de Saúde em relação a acomodação, acompanhante e demais disposições. Optando o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL por acomodação superior ou quaisquer outros benefícios não previstos no seu contrato pactuado com o Plano de Saúde, compromete-se a pagar as diferenças de preços, honorários médicos e de outros profissionais, ou relativas a quaisquer outros serviços, devidas em razão dessa opção.

3.5. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que, conforme disposição do artigo 33 da Lei nº 9.656/1998, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo Plano de Saúde, é garantido ao consumidor, mesmo a acomodação, em nível superior, se este tiver disponível, sem ônus adicional. Declara desde já estar ciente de que, liberando a acomodação condizente com o contratado com o Plano de Saúde, haverá transferência de leito.

3.6. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a diária hospitalar vence às 12 horas (meio dia) de cada dia. Tendo o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL recebido alta médica, deverá desocupar a acomodação em até uma hora, evitando a contabilização e cobrança de nova diária. O Plano de Saúde se responsabiliza pela cobertura de seus associados em até uma hora a contar da alta médica, sendo que após tal período os consumos serão considerados particulares para título de cobrança.

3.7. O médico titular e outros especialistas envolvidos no tratamento poderão apresentar seus honorários separadamente das contas hospitalares. Nos casos em que os médicos são credenciados diretamente pelos Planos de Saúde, os acertos serão feitos diretamente entre o profissional e o Plano de Saúde, de acordo com tabelas previamente acordadas entre ambos.

4. DO INTERNAMENTO PARTICULAR

4.1. O PACIENTE particular é definido como aquele que não possui Plano de Saúde ou como aquele que possui negativa de cobertura de seu atendimento hospitalar, seja esta total ou parcial, pelo Plano de Saúde.

4.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a condição de cliente particular se caracteriza a partir da internação e assinatura de termo respectivo, bem como que as contas hospitalares deverão ser totalmente liquidadas e quitadas no ato da alta ou transferência do PACIENTE, ficando estabelecido ser este o termo da obrigação que, descumprida, ensejará a caracterização de mora, nos termos do artigo 397 do Código Civil. Declara também estar ciente de que, no ato da internação do paciente em caráter particular (ativo ou seja, não emergencial), o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL efetuará pagamento inicial, de acordo com orçamento.

4.3. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que os serviços correlatos de apoio diagnóstico, em decorrência da prestação de serviços hospitalares, apresentarão os valores devidos separadamente da conta hospitalar, não se vinculando, em hipótese alguma, e os valores serem liquidados e quitados diretamente com cada serviço terceiro.

4.4. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara desde já estar ciente de que efetuará o pagamento de contas parciais, que serão emitidas pelo HOSPITAL VITA e apresentadas para pagamento, sempre que o paciente permanecer internado por período igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

4.5. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a diária hospitalar vence às 12 horas (meio dia) de cada dia. Tendo o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL recebido alta médica, deverá desocupar a acomodação em até uma hora, evitando a contabilização e cobrança de nova diária.

5. DA COBRANÇA

5.1. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que o HOSPITAL VITA efetua suas cobranças exclusivamente pela Tesouraria, somente com a apresentação da fatura, ou nota fiscal, ou recibo, e jamais fará as cobranças sem a apresentação dos referidos documentos. Em havendo qualquer situação divergente, deverá o PACIENTE/RESPONSÁVEL procurar diretamente a Tesouraria do HOSPITAL VITA.

5.1.1. A cada 48 horas serão apresentadas as contas parciais pela Tesouraria, mediante requisição de comparecimento do RESPONSÁVEL pelo internamento a aquele setor, devendo este quitar as despesas hospitalares.

5.1.2. As despesas totais serão apresentadas no ato da alta pela Tesouraria, mediante requisição de comparecimento do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a aquele setor, devendo este quitar as despesas hospitalares. A negociação, nestes casos, será feita por telefone, e-mail ou pessoalmente na Tesouraria.

5.1.3. Em dias de feriados, finais de semana ou no período das 18h às 07h, a cobrança e quitação dos valores devidos serão efetuadas no primeiro dia útil subsequente à alta do PACIENTE.

5.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL assume perante o HOSPITAL VITA, para todos os efeitos legais e de direito, plena, total e irreversível responsabilidade na condição de devedor solidário e principal pagador pelas despesas de todos os serviços prestados e medicamentos fornecidos por este HOSPITAL VITA, ou por terceiros, necessários ao tratamento do PACIENTE identificado e conforme prescrição médica, conforme prescrição do artigo 275 do Código Civil, inclusive na condição de bastante fiador.

5.3. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a responsabilidade ora assumida é de prazo indeterminado, vigorando até o pagamento total e efetivo de todas as despesas porventura pendentes, considerando que, em caso de mora, o débito será reajustado pela

AMPD, acrescido de juros de 1% ao mês, incidentes sobre o valor principal corrigido.

5.4. Por ter pleno conhecimento de que o **HOSPITAL VITA** não é conveniado ao SUS - Sistema Único de Saúde, ou a qualquer outro órgão ou entidade pública, o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza a solicitação de vaga para o **PACIENTE** junto à Central Metropolitana de Leitos Hospitalares - CMLH, bem como a sua transferência para hospital da rede pública com vaga disponível, ante a iminência de descumprimento de qualquer das obrigações ora assumidas. Não é responsabilidade do **HOSPITAL VITA** a busca pela vaga em outro estabelecimento, sendo responsável apenas pela sua solicitação junto à Central Metropolitana de Leitos Hospitalares - CMLH.

5.4.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que, em caso de solicitação de transferência para hospital credenciado ao SUS, o **PACIENTE** continuará sendo atendido pelo **HOSPITAL VITA** até a localização da vaga em serviço hospitalar diverso e efetiva transferência.

5.4.2. A solicitação de transferência para hospital vinculado ao SUS não dá ao **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** quitação dos valores referentes ao atendimento prestado no **HOSPITAL VITA**, não isentando o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** pelo pagamento do consumo anterior à efetiva transferência.

5.5. Na impossibilidade de estar presente no momento da alta hospitalar, o **RESPONSÁVEL** e **OUTORGANTE** deste termo reconhece e responde por toda e qualquer obrigação existente e derivada do presente tratamento hospitalar do **PACIENTE** como se sua fosse, sem a necessidade de qualquer autorização específica futura, estando essa previamente aceita.

5.6. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** renuncia expressamente, neste ato, à faculdade de pedir exoneração da fiança e ao benefício de ordem previsto nos artigos 827, parágrafo único, 835, 837 e 838 e incisos do Código Civil e, ainda, ao artigo 130 e incisos do Código de Processo Civil.

6. DO PEDIDO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

6.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que, em caso de solicitação de cópia de prontuário do **PACIENTE**, estará sujeito a cobrança apenas do valor referente à cópia do arquivo, calculado com base na quantidade de páginas existentes, que será informado ao requisitante após apuração do volume pelo setor responsável do **HOSPITAL VITA**.

6.2. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que os prontuários e exames do **PACIENTE** apenas serão fornecidas pelo **HOSPITAL VITA** com o expresso consentimento do **PACIENTE** ou de seu representante legal, por escrito, a não ser que a determinação de exibição oriunda de lei ou de solicitação judicial baseada em justa causa, conforme Recomendação nº 03/2014 do Conselho Federal de Medicina, sendo vedado o fornecimento do documento a terceiros.

6.3. Em caso de falecimento do **PACIENTE**, o seu prontuário poderá ser fornecido quando solicitado pelo cônjuge/companheiro sobrevivente e, sucessivamente, pelos sucessores legítimos em linha reta ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, conforme Recomendação nº 03/2014 do Conselho Federal de Medicina.

6.4. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente da possibilidade de objeção à divulgação do prontuário médico do **PACIENTE**, caso este venha a falecer, devendo ser respeitada a sua vontade, nos moldes da Recomendação nº 03/2014 do Conselho Federal de Medicina.

7. DA PROTEÇÃO DE DADOS

7.1. O **HOSPITAL VITA** respeita estritamente a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). O tratamento de dados pessoais e sensíveis dar-se-á de acordo com as bases legais previstas na Lei nº 13.709/2018, respeitando a confidencialidade e o sigilo ético e profissional. O tratamento dos dados é limitado às atividades necessárias para o alcance das finalidades do serviço de saúde ou, quando for o caso, ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD.

7.2. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza a tratamento dados pessoais e de informações médicas a todos os profissionais envolvidos em seu tratamento, que possui as seguintes finalidades: científica, auditorias internas, auditorias obrigatórias legais, doenças de notificação no registro compulsório ou solicitadas por entidades governamentais, obrigação legal, verificação de contas e procedimentos realizados pelos Planos de Saúde.

7.3. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente que os Planos de Saúde pedem, para liberação do tratamento, acesso às informações contidas no prontuário do **PACIENTE**, razão pela qual **autoriza, desde já, o HOSPITAL VITA a enviar cópia do prontuário do PACIENTE ao respectivo Plano de Saúde.**

7.4. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza a utilização de filmes e fotografias, somente com a finalidade de documentar os tratamentos e procedimentos realizados, para fins evidenciais, educacionais e científicos ou quando solicitado pelo Plano de Saúde. A identidade do **PACIENTE** permanecerá anônima.

7.5. Os prontuários médicos do **PACIENTE**, juntamente com todos os documentos referentes ao atendimento, ficarão guardados pelo prazo de 25 anos, a contar do último atendimento, conforme disposto no art. 6º da Lei 13.787/2018. Após este período, o descarte será feito de acordo com o constante em Lei e em regulamentação interna.

8. DAS CONDIÇÕES GERAIS

8.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente e concordar que o **HOSPITAL VITA** não disponibiliza serviço de cofre. Assim, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL assume expressamente ser o responsável pela guarda de todos os bens e objetos trazidos para as dependências do HOSPITAL VITA, responsabilizando-se por NÃO DEIXAR quaisquer bens, objetos e valores desatendidos nas dependências do HOSPITAL VITA, na medida em que o HOSPITAL VITA não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences porventura deixados em seus aposentos, cabendo ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL realizar a guarda dos bens e pertences até término do atendimento.

8.2. O **HOSPITAL VITA** mantém política antitabagismo, para promover a saúde de todos os **PACIENTES**, visitantes e funcionários, bem como respeita a Lei 9.294/1996. Portanto, não é permitido fumar nas dependências do Hospital.

8.3. A alimentação do **PACIENTE** é disponibilizada no quarto, nos seguintes horários: Desjejum: a partir das 8h; Almoço: a partir das 12h; Lanche: a partir das 15h; Jantar e Ceia: a partir das 18h.

8.4. Para o Plano de Saúde que possuir cobertura para **alimentação do acompanhante**, esta será realizada no restaurante, nos seguintes horários: Café da manhã: 7h às 9h30; Almoço: 11h às 14h; Jantar: 19h às 21h, mediante apresentação do crachá de acompanhante. Em casos de acompanhantes de idosos (acima de 60 anos), dependentes e/ou crianças (até 18 anos), cuja alimentação é coberta pelo Plano de Saúde, a refeição poderá ser servida no quarto nos seguintes horários: Café da manhã: 8h às 9h30; Almoço: 12h30 às 14h; Jantar: 19h30 às 21h. Nestes casos avisar o restaurante com antecedência.

8.5. Para acomodações em Apartamentos, o **HOSPITAL VITA** disponibiliza um aparelho de controle-remoto universal (para TV e ar condicionado), sendo que no momento da alta do **PACIENTE** o mesmo deverá ser entregue na Recepção Central.

8.6. Todas as ligações telefônicas serão tarifadas de acordo com os valores disponíveis para consulta na Recepção Central. No momento da alta, caso tenham sido realizadas ligações telefônicas, será realizada cobrança juntamente com as demais despesas eventualmente incorridas durante o período de internação.

8.7. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que não é autorizada a entrada de flores naturais e alimentos nas dependências do **HOSPITAL VITA**.

8.8. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que o HOSPITAL VITA não solicita ou repassa informações de PACIENTES, responsáveis ou familiares por telefone ou e-mail.

8.9. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara, para devido fins, estar ciente de que, após sua realização, os exames e testes feitos pelo PACIENTE estarão à disposição na sede do HOSPITAL VITA para serem retirados no período de 60 (sessenta) dias. Após este prazo, se não retirados, poderão os referidos exames ser destruídos, pelo que se dá expressa autorização para tanto.

8.10. Os pertences dos PACIENTES E/OU RESPONSÁVEIS, que tenham sido esquecidos no HOSPITAL VITA, deverão ser retirados em até 48h após a comunicação do ocorrido pelo SAC da instituição, estando cientes que, após decorrido o prazo sem a devida retirada, os pertences serão descartados.

9. DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes das responsabilidades aqui assumidas, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

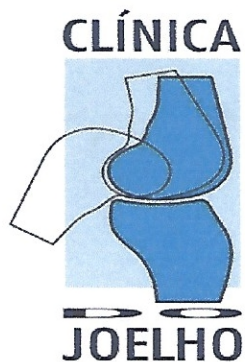
Por assim ter pleno conhecimento de seus termos, firma-se o presente em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentárias, abaixo assinadas.

CURITIBA, _____ de _____ de _____
RESPONSÁVEL: ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P
Declaração de parentesco () Parente. Grau: _____
() Outro: _____

Não sendo apresentado outro responsável até a data do fechamento integral ou parcial da conta, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara-se ciente da responsabilidade sobre os custos financeiros desta internação, bem como declara-se devedor solidário da obrigação de pagamento da conta hospitalar gerada em razão dos serviços hospitalares ora contratados.

O HOSPITAL VITA ressalta não fazer pedido de adiantamento de valores para a realização de exames ou procedimentos por telefone ou e-mail durante a internação do PACIENTE, bem como não repassa informações pessoais sobre os PACIENTES, responsáveis ou familiares por estes meios. Toda e qualquer cobrança será feita exclusivamente através da Tesouraria do HOSPITAL VITA nos moldes expostos no item 5.1. Qualquer dúvida deve ser esclarecida na Tesouraria.

RESPONSÁVEL	PACIENTE
NOME: ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P	NOME SOCIAL: NOME CIVIL : MONALISA PEREIRA PAMPU
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____
CPF _____	CPF _____
TESTEMUNHA NOME (legível) _____	TESTEMUNHA NOME (legível) _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____
CPF _____	CPF _____



TRAUMATOLOGIA ESPORTIVA

ARTROSCOPIA
CLÍNICA DO JOELHO
CIRURGIA DO PÉ E TORNOZELO
CIRURGIA DO OMBRO E MÃO

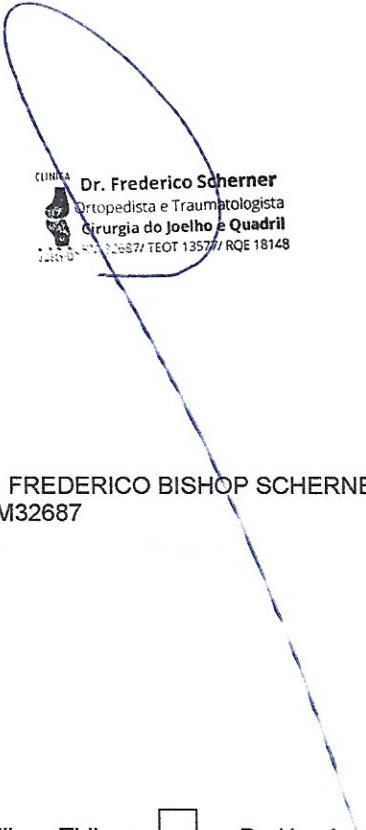
Atestado Médico

Atesto para devidos fins que :

MONALISA PEREIRA PAMPU

não podera exercer atividades normais, por um período de **15 (Quinze)**
dia(s), por motivos médicos.

C.I.D. : **M23.5**


CLÍNICA
Dr. Frederico Scherner
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Joelho e Quadril
CRM 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148

Médico: **DR. FREDERICO BISHOP SCHERNER**
CRM32687

terça-feira, 5 de julho de 2022



Dr. Edilson Thile
CRM 9552



Dr. Henrique Carvalho
CRM 14217



Dr. Waldir Cunha Jr
CRM 13367



Dr. Ricardo S. Falavinha
CRM 4829



RECIBO

RECEBI(EMOS) DE: MONALISA PAMPU
A QUANTIA DE R\$ 255 ,00 REFERENTE 01 MEIA ANTITROMBO , ,01 bolsa
de gelo

CURITIBA, 04 DE JULHO DE 2022



PELANDA

CNPJ: 17.125.457/0001-25 AUTO POSTO JULIANE

PELANDA LTDA

ROD. BR376 - KM 633 - SN, DO CONTENDA - SAO JOSE

dos Pinhais - PR 83005-970 Fone: (41)3634-1112 I.E.:

906.42399-50

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	Cód	Descrição	Ctd	Un	VI Unit.	VI Total
001	000000030	GASOLINA COMUM COM ADT				
GRID(Bomba:10 Bico:10)						
47,331			1	X 6,990		330,84

QTD. TOTAL DE ITENS 001

VALOR TOTAL R\$ 330,84

FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago

Dinheiro 330,84

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>

4122 0417 1254 5700 0125 6500 1001 5465 8890 9359 6080



CONSUMIDOR CNPJ:

5.116.763/0004-12

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL

BRASILEIRA DE SAUDE

NFC-e n. 001546588 Série 001

07/04/2022 16:03:27

Protocolo de Autorização EMITIDO
EM CONTINGENCIA

PRETISTA, THAI FREDERICA RICORDI OLIVEIRA
CLIENTE: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE
SAUDE

CNPJ: 15.116.763/0004-12

PLACA: 3AA0000

SUBST. TRIBUT. ART. 489 DECRETO N. 1980 DE 21/12/2007

BASE ICMS SUBST. 266,00 - ICMS SUBST. 77,14 -

Aliq. 29,00%

##B10#E1137263 799#EF137311,13##

FORMA DE PAGAMENTO:

CARTAO: 330,84

Tributos Totais Incidentes Lei Federal 12.741/12

MySOFT Sisten

AUTO POSTO JULIANE PELANDA LTDA.
ROD. BR376 - KM 633 - SN
7.00
CONTENDA

83005970 - São João dos Pinhais - PR

Telefone: (41) 3634-1112

CNPJ: 17.125.457/0001-25 IE: 90642399-50

DATA TERMINAL: 07/04/2022 16:03.17

MAESTRO
VIA ESTAB.
POSTO PELANDA 3
CNPJ 17125457000125
RODOVIA BR-376, 32500
41 36081226

Maestro
*****7328

R\$330,84

DEBITO

07/04/22 16:02

AUTO:566589

AUTORIZADA MEDIANTE SENHA

CV:000441499044

EC:018000145890080

TI:AW0239E0

AC:15FD6AE9B2452B92

AID:A0000000043060

TX:182768128

SN:AB1953876

MAESTRO

VIA CLIENTE

POSTO PELANDA 3

CNPJ 17125457000125

RODOVIA BR-376, 32500

41 36081226

Maestro

*****7328

R\$330,84

DEBITO

07/04/22 16:02

AUTO:566589

CV:000441499044

EC:018000145890080

TI:AW0239E0

AC:15FD6AE9B2452B92

AID:A0000000043060

TX:182768128

SN:AB1953876

RECEBEMOS DE AUTO POSTO JULIANE PELANDA LTDA. OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSION: 07/04/2022 - DEST. / REM. INSTITUIAAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 330,84

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



NF-e
Nº 000065300
SÉRIE 005

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

AUTO POSTO JULIANE PELANDA LTDA.



ROD. BR376 - KM 633 - SN, 00 - CONTENDA
- CEP:83005-970 - SAA o JosAA dos Pinhais -
PR
TEL: (41)3634-1112

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000065300 FL. 1 / 1
SÉRIE 005



CHAVE DE ACESSO

4122 0417 1254 5700 0125 5500 5000 0653 0010 9359 8088

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO

RESUMO DE CUPOM FISCAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141220081796988 07/04/2022 16:03:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

9064239950

17.125.457/0001-25

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUIAAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

07/04/2022

ENDEREÇO

ALMEDA JULIA DA COSTA, .

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	53,60	330,84
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	330,84

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
30	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	47,331	6,990	0,00	330,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NFCe Ref.: (4122 0417 1254 5700 0125 6500 1001 5465 8890 9359 6080)
SUBST. TRIBUT. ART. 489 DECRETO N. 1980 DE 21/12/2007
BASE ICMS SUBST.: 266,00 - ICMS SUBST.: 77,14 - Aliq.: 29,00%

Ref. Cupom Fiscal N.: 1546588

PLACAS: 3AA0000

PAGAMENTO: CARTAO

RESERVADO AO FISCO

ESTAB. O DOCUMENTO DEBEM SER EMITIDOS EM
COMPARTECILHAMENTO

rede

ESTAB. O DOCUMENTO DEBEM SER EMITIDOS EM
COMPARTECILHAMENTO

rede

rede

VIA CLIENTE

ATIVIA ORTOPEDIC CNPJ:09.015.796/0001-00
R IZABEL A REDENTORA 18 JOSE DOS PINHAIS

TOTAL: R\$ 170,00

CREDITO A VISTA
VISA *****5837

06/07/22 - 14H27 (C)
Auto:012661 Term:FC300159



A & A ORTOPEDICA LTDA
Fone: (41) 3035-1470
Rua Izabel a Redentora, N°: 1854
83005010 - São José dos Pinhais, PR
CNPJ: 09.015.706/0001-00, 9059079643
Loja: MATRIZ - SJP

Ordem de serviço N° 976

Cliente

SUSANA APARECIDA PEREIRA PAMPU 52926931972	Número da OS	976	Data de entrada	06/07/2022	Hora Início	00:00:00
83190000 - Tijucas do Sul, PR Fone: (41) 3629-1752, (41) 99627-3476	Data prevista	05/08/2022	Data de conclusão	05/08/2022	Hora de Término	00:00:00

Equipamento

Número de série do equipamento

Problema

Serviços

Descrição	Código	Horas	Preço	Valor total	Orçar
ALUGUEL DE MULETA AXILAR REGULÁVEL ALUMINIO - MENSAL	Os2	1	60,000000	60,000000	Não

Peças

Descrição	Código	Quantidade	UN	Preço un	Valor total
MULETA AXILAR D7 M DELLAMED PAR	106942	1,000000	PA	170,000000	170,00

Observações internas

Observações do recebimento

Observações do Serviço

Informações do Técnico

Técnico(s):

Vendedor: MAURI W JUNIOR

Concordo com os termos descritos acima.

Data ____/____/____

Assinatura do responsável

SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE Secretaria Municipal de Finanças NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e RPS Nº 0000.00000009470 Série F, emitido em 15/06/2022		NÚMERO NOTA 2022.00000015718 DATA E HORA DA EMISSÃO 15/06/2022 CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 443592726
PRESTADOR DE SERVIÇOS		
CPF / CNPJ	08.768.297/0001-41	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 32363
NOME / RAZÃO	CLINICA HOSPITALAR DE IMAGEM SAO JOSE LTDA	
ENDEREÇO	RUA ALCIDIO VIANA, 837 CENTRO	
MUNICÍPIO	Sao Jose Dos Pinhais/PR	TELEFONE (41)3888-3625
COMPLEMENTO	SALA:837 A;	
TOMADOR DE SERVIÇOS		
CPF / CNPJ	15.116.763/0004-12	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
NOME / RAZÃO	Instituicao Adventista Sul Brasileira De Saude	E-MAIL assistenciamedica@clinicaadventista.org.
ENDEREÇO	Alameda Julia Da Costa, 1447 Bigorriho	
MUNICÍPIO	Curitiba/PR	TELEFONE (41)3240-2931
COMPLEMENTO		
LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)		LOCAL DA INCIDÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S)
Sao Jose Dos Pinhais/PR		Sao Jose Dos Pinhais/PR
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS		Ref. Competência: 2022-06-15
PROT 32698;;PCTE 154264;;;RM JOELHO E DE EMILY GABRIELY RAMOS AMANCIO		
VALOR TOTAL DA NOTA = 515		
CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade medica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonancia magnetica, radiologia, tomografia e congêneres.		
PIS	COFINS	IMPOSTO DE RENDA
0,00	0,00	0,00
		INSS
		0,00
		CSLL
		0,00
VALOR DEDUÇÃO	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO
0,00	0,00	0,00
		OUTRAS RENTENÇÕES
		0,00
TOTAL LÍQUIDO DA NOTA	BASE DE CÁLCULO ISS	ALÍQUOTA ISS (%)
515,00	515,00	0,02
		VALOR DO ISS
		10,30
		VALOR DO ISS RETIDO
		0,00
OUTRAS INFORMAÇÕES		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS****SECRETARIA DE FINANÇAS****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e****Número da NFS-e:****14983****Pag. 1/1**

Emissão	22/06/2022 16:15:10	Competência	06/2022	Código de Verificação	358533106
Número RPS	-	NFS-e Substituída	-	Local da Prestação	SAO JOSE DOS PINHAIS - PR

Dados do Prestador de Serviços

Nome / Razão Social	ASSOCIAÇÃO RADIO TAXI SÃO JOSÉ DOS PINHAIS				
Nome Fantasia					
CPF/CNPJ	01.076.436/0001-27	Inscrição Municipal	18537	Município	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR
Endereço e CEP	RUA ADRIANÓPOLIS, 1438 - CRUZEIRO - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR - 83.010-070				
Complemento		Telefone	41 32020202	E-mail	financeiro@radiotaxisaojose.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Nome / Razão Social	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CPF/CNPJ	15.116.763/0004-12	Inscrição Municipal		Município	CURITIBA - PR
Endereço e CEP	ALAME ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO - CURITIBA - PR - 80730-070				
Complemento		Telefone	0	E-mail	contabilidade@clinicaadventista.org.br

Discriminação dos Serviços**SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS REALIZADOS POR MOTORISTAS AUTONOMOS ASSOCIADOS**

corrida de taxi ida e volta para Curitiba
ISENÇÃO DE ISS CONFORME REGIME ESPECIAL PROTOCOLO N.37524/2008
CONFORME OFICIO 135/2008

Código do Serviço / Atividade**17.02 / 5229-0/01-01 - SERVIÇOS DE APOIO AO TRANSPORTE POR TÁXI, INCLUSIVE CENTRAIS DE CHAMADA****Tributos Federais**

PIS	0,00	COFINS	0,00	IR (R\$)	0,00	INSS (R\$)	0,00	CSLL (R\$)	0,00
-----	------	--------	------	----------	------	------------	------	------------	------

Detalhamento de valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços	150,00	Natureza Operação		Valor dos Serviços	150,00
(-) Descontos Incondicionados	0,00	Isenção		(-) Deduções permitidas em lei	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	Nenhum		Base de Cálculo	0,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %	5,00
(-) ISS Retido	0,00	Não		ISS a Reter	NÃO
(=) Valor Líquido R\$	150,00	Incentivador Cultural		(=) Valor do ISS R\$	0,00
		Não			

Avisos

- 1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- 2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: <https://nfe.sjp.pr.gov.br/servicos/webnfe/>, com a utilização do Código de Verificação.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS****SECRETARIA DE FINANÇAS****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

Número da NFS-e:

14959

Pag. 1/1

Emissão	09/06/2022 11:57:07	Competência	06/2022	Código de Verificação	358448780
Número RPS	-	NFS-e Substituída	-	Local da Prestação	SAO JOSE DOS PINHAIS - PR

Dados do Prestador de Serviços

Nome / Razão Social	ASSOCIAÇÃO RADIO TAXI SÃO JOSÉ DOS PINHAIS				
Nome Fantasia					
CPF/CNPJ	01.076.436/0001-27	Inscrição Municipal	18537	Município	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR
Endereço e CEP	RUA ADRIANÓPOLIS, 1438 - CRUZEIRO - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR - 83.010-070				
Complemento		Telefone	41 32020202	E-mail	financeiro@radiotaxisaojose.com.br

Dados do Tomador de Serviços

Nome / Razão Social	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CPF/CNPJ	15.116.763/0004-12	Inscrição Municipal		Município	CURITIBA - PR
Endereço e CEP	ALAME ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO - CURITIBA - PR - 80730-070				
Complemento		Telefone	0	E-mail	contabilidade@clinicaadventista.org.br

Discriminação dos Serviços

SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS REALIZADOS POR MOTORISTAS AUTONOMOS ASSOCIADOS

REFERENTE A UMA CORRIDA DE TAXI DO DIA 09.06

ISENÇÃO DE ISS CONFORME REGIME ESPECIAL PROTOCOLO N.37524/2008
CONFORME OFICIO 135/2008**Código do Serviço / Atividade**

17.02 / 5229-0/01-01 - SERVIÇOS DE APOIO AO TRANSPORTE POR TÁXI, INCLUSIVE CENTRAIS DE CHAMADA

Tributos Federais

PIS	0,00	COFINS	0,00	IR (R\$)	0,00	INSS (R\$)	0,00	CSLL (R\$)	0,00
Detalhamento de valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços		150,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços		150,00	
(-) Descontos Incondicionados		0,00		Isenção		(-) Deduções permitidas em lei		0,00	
(-) Desconto condicionado		0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00	
(-) Retenções Federais		0,00		Nenhum		Base de Cálculo		0,00	
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		5,00	
(-) ISS Retido		0,00		Não		ISS a Reter		NÃO	
(=) Valor Líquido R\$		150,00		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISS R\$		0,00	
				Não					

Avisos

- 1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- 2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: <https://nfe.sjp.pr.gov.br/servicos/webnfe/>, com a utilização do Código de Verificação.





CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS -
CNPJ: 84.683.481/0155-22
RUA XV DE NOVENBRO, 1945, CENTRO, SAO JOSE
DOS PINHAIS, PR - Fone: (41) 3634-1423

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

CODIGO	DESC	Q/DE	UN	VL UNIT	DESC	TOTAL	LIQUIDO
1000003073	DEXAMETASONA EMS C/10 CPR						
4MG GEN							
1	UN	14,75	1,04	14,75	10,71		
1000002470	LISADOR C/15 CPR 5+10+500M3						
1	UN	39,89	0,98	39,89	33,91		
1000017175	NIVUX C/12 CPR 100+20MG						
1	UN	64,58	0,81	64,58	58,77		
1000004323	FITA MICROPOROSA MISSNER						
2,5CMx4,5M							
1	UN	3,99	0,00	3,99	3,99		
1000017180003	BARRA WHEY GREGO BAR 40 SR						
BEIJINHO							
2	UN	7,69	0,00	15,38	15,38		
1000016675002	BARRA WHEY GREGO BAR 40 SR						
MORA/CHANT							
2	UN	7,69	0,00	15,38	15,38		
1000016675003	BARRA WHEY GREGO BAR 40 SR						
MOUSSE MARACUJA							
2	UN	7,69	0,00	15,38	15,38		

QTD TOTAL DE ITENS 7
VALOR TOTAL R\$ 169,35
DESCONTO TOTAL R\$ 16,83
VALOR A PAGAR R\$ 153,52
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito 153,52
TROCO 0,00

Número: 000881198 Série: 1 Emissão 06/07/2022 14:46:57

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://www.sped.fazenda.pr.gov.br/modules/contendo/contendo.php?conteud=100>

4122 0784 6834 3101 6522 6600 1000 8811 9812 2671 4468

Protocolo de Autorização: 1412/09040/3216 - 06/07/2022 14:47:01

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12

Total R\$ 47,22

CAIXA: 079204 CONTROLE: 4347 Operador: 168066 Vendedor: 168066

VOCE ECONOMIZOU: 16,83

FARMACIA PRECO POPULAR
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS
RUA XV DE NOVENBRO
CENTRO - SAO JOSE DOS PINHAIS - PR

COMPROVANTE DE CREDITO OU DÉBITO

PAGSEGURO
VISA

CARTAO: 470598XXXXX5037

1ª VIA CLIENTE DATA 06/07/22 14:46:51

AUTO: 047457

CV: 417750041

VENDA CREDITO

VALOR TOTAL: R\$153,52

AD: A0000000031010

ARQC: FC2D0FA501998A18

LABEL: VISA CREDITO

FARMACIA PRECO POPULAR
RUA QUINZE DE NOVENBRO 1945
SAO JOSE DOS - PR
CNPJ: 84.683.481/0155-22

Ticket: 149357
Cupom de Estacionamento: 000125393

AUTO PARK - HOSPITAL VITA
AUTO PARK
CNPJ: 02.104.236/0018-41
Horario de Funcionamento: 24hrs
Rod BR 116, Km 396, n 4021
Bairro Alto - Curitiba - PR

CARTAO DE DIARIA
Val. Inicial: 05-07-22 07:54
Val. Final: 06-07-22 07:54
MANTENHA SEU TICKET DE ENTRADA
ELE IDENTIFICARA SEUS PROXIMOS ACESSOS

RPS: 125393 - Serie: 5
CPF:52926931972
NOME:SUSANA
Ticket: 0619992225
Entrada: Pgto:
06-07-22 07:54:08 06-07-22 13:40:13
Permanencia: 05:46

ROTATIVO R\$ 30,00

CARTAO DEBITO MASTERR\$ 30,00

Prezado cliente, para impressão da sua
nota fiscal eletrônica, tenha em mãos
a RPS/NF emitida acessando
nota.curitiba.pr.gov.br

Cartão de Diária

AUTO PARK - HOSPITAL VITA

MANTENHA SEU TICKET DE ENTRADA
ELE IDENTIFICARA SEUS PROXIMOS ACESSOS

Numero: 061999222584

Terminal: 7

Operador: EPA - 1

Emissao: 05/07/22 17:24

Periodo: 05/07/22 07:54 a 06/07/22 07:54

Qtde Diarias: 1

PACOTE 1 DIA R\$ 30,00



Ticket: 177848

Cupom de Estacionamento: 000169612

AUTO PARK - HOSPITAL VITA

CNPJ.: 02.104.236/0018-41

HORARIO DE FUNCIONAMENTO: 24HRS

21 ROD 116, KM 396, N 4021 RBAIRRO ALTO - CURITI
BA - PR

RPS: 169612 - Serie: 7

Ticket :0619992225

Entrada: Pgto:

05/07/22 07:54:08 05/07/22 17:24:56

Permanencia: 09:30

PACOTE 1 DIA R\$ 30,00

SUBTOTAL R\$ 30,00

CARTAO DEBITO M R\$ 30,00

PREZADO CLIENTE, PARA IMPRESSÃO DA SUA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA, TENHA EM MÃOS
A RPS/NF EMITIDA ACESSANDO
NOTA.CURITIBA.PR.GOV.BR



PAGSEGURO
MASTER

CARTAO: 589916XXXXX1272

1a VIA CLIENTE DATA:05/07/22 17:23:06

AUTO: 588037

CV: 218620375109

VENDA DEBITO

VALOR TOTAL: R\$30,00

AID: A0000000043060

ARQC: 873DD519352B5749

LABEL: Maestro

UNIDADE HOSPITAL VITA

AVENIDA IGUAÇU 100

CURITIBA - PR