

PREFEITURA MUNICIPAL DE ERECHIM/RS SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		Número da Nota 407625			
		Data e Hora da Emissão 03/08/2021 às 15:13:36			
		Código de Verificação: 1DB5.5BBE			
Competência 03/08/2021	Número da RPP / Série 407625	Data de Emissão do RPP 03/08/2021	Número da NFS-e Substituída		
DADOS DO(S) SERVIÇO(S)					
Exigibilidade Imunidade	Município da Prestação do(s) Serviço(s): Erechim/RS		Município da Incidência Erechim/RS		
PRESTADOR DO(S) SERVIÇO(S)					
					
Nome/Razão Social Hospital de Caridade de Erechim					
Nome Fantasia Hospital de Caridade de Erechim					
Endereço Av Comandante Kraemer, 405 - Centro					
Município ERECHIM / RS CEP:99700-000					
CPF/CNPJ: 89.428.718/0001-97		Inscrição Municipal: 285	Inscrição Estadual 039/9000348		
Telefone (54) 3520 8400		Email: nfse@hce.com.br			
TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)					
Nome/Razão Social Instituicao Adventista Sul Brasileira de Saude		Nome do Paciente:			
Endereço Matias José Bins		Condição de Pagamento Conforme Vencimentos			
Município Porto Alegre	Convênio: Instituto Adventista		Nº Atendimento		
CPF/CNPJ: 15.116.763/0003-31	Setor de Atendimento:		Nº Protocolo 150454		
Telefone: 3382 1200	Email: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br;jhon.coelho@clinicaadventistas.com.br		Nº Controle Interno 407625		
DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)					
Discriminação	Valor do Serviço (R\$)	Descontos (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	
Servicos Hospitalares	424,40	0,00	0%	R\$ 0,00	
Código da Classificação do(s) Serviço(s) 04.03 / Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde					
Valor do Serviço (R\$) R\$ 424,40	Valor Dedução (R\$) R\$ 0,00	Descontos Incondicionais (R\$) R\$ 0,00	Base de Cálculo (R\$) R\$ 0,00		
Descontos Condicionais (R\$) R\$ 0,00	Valor do ISS (R\$) R\$ 0,00	Valor do ISS Retido (R\$) R\$ 0,00	Aliquota (%) 0%		
RETENÇÕES FEDERAIS					
Imposto de Renda (R\$) R\$ 0,00	PIS (R\$) R\$ 0,00	COFINS (R\$) 0%	CSLL (R\$) R\$ 0,00	INSS (R\$) R\$ 0,00	Outras Retenções (R\$) R\$ 0,00
TOTAIS					
Total do(s) Serviço(s) (R\$) R\$ 424,40		Total Líquido (R\$) R\$ 424,40			
OUTRAS INFORMAÇÕES					
A Autenticidade desta NFS-e pode ser verificada no site http://www.pmerechim.rs.gov.br/ , item NFS-e, menu Consulta Autenticidade da NFS-e.					

Hospital de Caridade de Erechim

Escola Adventista (89428718000197)

Período de 29/07/2021 00:00:01 até 29/07/2021 23:59:59

PROTOCOLO : 150454 ESCOLA

Seq. Protocolo : (150454)

Tipo Protocolo: Externos

Documento convênio :

Nota Fiscal :

Av Comandante Kraemer,405 - ERECHIM - RS

CNPJ:89428718000197 - Inscr.Est.:039/9000348 - Fone:3520 8400

Atend. Paciente	Nº Guia	Matrícula	Refer.	Data Início	Data Final	Título	Proced.	Serviços	Diárias	Materiais	Medicam.	Total
	Senha	Autorizador		Data Início	Data Fim							
1823961 Bruno Neumann Alves	2418722	10251486	03/08/21	14/07/21 14:33	14/07/21 15:25		95,00	0,00	0,00	0,00	0,00	95,00
1818204 Samily Molin Rockenback	2409582	10251529	03/08/21	23/06/21 14:03	23/06/21 15:06		195,00	120,20	0,00	8,25	5,95	329,40
Total do Protocolo				2/2			290,00	120,20	0,00	8,25	5,95	424,40
Total de Títulos							1		0,00		0,00	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bruno Neumann Alves
Nº da Carteira: 10.25.1486
Instituição: Escola Adventista de Erechim



Data de Nascimento: 26/04/2010

Nº da Guia: 3522

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/07/2021	14:07:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Distensão muscular

Partes do corpo

Genital

Descrição

Aluno foi chutar a bola e não conseguiu alcançar e nisso estirou a perna e distendeu musculo da virilha.

Testemunha da ocorrência

Amanda Maite Batisti

Telefone

(54) 3519-4404

Quem prestou primeiros socorros

Matheus de Oliveira Araújo

Data

14/07/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Erechim	Avenida Comandante Kraemer	405	Centro	(54) 3520-8419

Observações

o Aluno foi encaminhado pela professora de educação física para a administração da escola prestar atendimento

Leonardo Guadalupe
15/07/2021

Ass.:

Paola Braun

Paola Braun

Instituição Adventista Sul Riograndense
de Educação Erechim
CNPJ 87 115 838/0067-35
Rua Clementina Rossi, 169 - B. Bela Vista
Erechim-RS

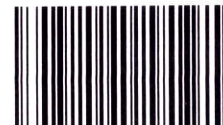
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portalegre.clinicaadventista.org.br



Paciente **()Bruno Neumann Alves**
Sexo **M**
Data Nasc. **26/04/2010** 11 anos
Endereço **Rua Barao do Rio Branco , 359 Centro**
Município **Erechim - RS**
Convênio **Escola Adventista**
Médico **Pronto Socorro**
Data Entrada **14/07/2021 14:33:08**

Atendimento **1823961**
RG/CPF **05813170090**
Cartão SUS: **898002702763997**
Bairro **Centro**
Telefone **9 9952 6753**
Matrícula **10251486**
Prontuario **276953**

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

O PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL:

AUTORIZA o seu atendimento, com a realização de consulta, exames de diagnóstico e condutas necessárias conforme orientação médica, inclusive quanto à necessidade de internação hospitalar.

RESPONSABILIZA-SE em apresentar o cartão de identificação de plano de saúde no prazo estipulado pelo HOSPITAL. A não apresentação acarretará na total responsabilidade pelo pagamento integral das despesas hospitalares na modalidade Particular.

TEM CIÊNCIA de que seu convênio poderá não oferecer cobertura integral do valor do atendimento, podendo gerar com isso diferenças em caráter Particular para honorários médicos, exames de diagnóstico, materiais, medicamentos e outros.

RESPONSABILIZA-SE, sempre que não houver cobertura de convênio/plano de saúde, pelo pagamento em caráter Particular, de todas as despesas hospitalares, tais como honorários médicos, exames de diagnóstico, medicamentos, materiais e outros.

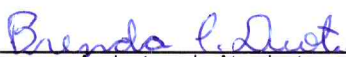
TEM CIÊNCIA de que o HOSPITAL não se responsabiliza pela guarda ou falta de dinheiro, cartões, documentos, telefone celular, joias e demais objetos pessoais do paciente ou acompanhantes nas dependências da instituição.

AUTORIZA o HOSPITAL a emitir Nota Fiscal e Boleto de Cobrança, caso o atendimento Particular não seja quitado em até 48 horas do seu término.

TEM CIÊNCIA de que a inadimplência de pagamentos acarretará em aplicação de multa de 2% (dois por cento), juros mensais de 1% (um por cento) e atualização monetária, sobre o valor do atendimento, além dos procedimentos necessários para a efetivação da cobrança dos serviços.

Em observância à Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), ao menor de 18 anos é obrigatório o acompanhamento de um responsável legal (pais ou tutores).

Erechim, 14/07/2021 14:39:12


Assinatura do Atendente


Assinatura do Paciente ou Responsável



Paciente **Bruno Neumann Alves**

Atendimento **1823961**

Sexo **M**

RG/CPF **05813170090**

Data Nasc. **26/04/2010** 11 anos e

Cartão SUS: **898002702763997**

Endereço **Rua Barao do Rio Branco , 359 Centro**

Bairro **Centro**

Município **Erechim - RS**

Telefone **9 9952 6753**

Convênio **Escola**

Matrícula **10251486**

Médico **Leonardo Jose Urmann**

Prontuario **276953**

Data Entrada **14/07/2021 14:33:08**

14/07/2021 15:25:48

Médico

Leonardo Jose Urmann

Pronto Socorro

CRM 45697

Evolução Médica - Pronto Socorro

QP:

Distensão muscular em virilha direita hoje pela manhã;

Conduta:

Analgesia

US ambulatorial

Orientações

Ao ortop.

Leonardo Jose Urmann - CRM 45697

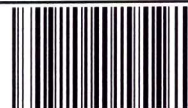
Leonardo J. Urmann
Médico
CRM 45697

Nome Médico/Carimbo



Hospital
de Caridade
erechim

Av Comandante Kraemer,405 - ERECHIM - RS
CNPJ:89428718000197 - Inscr.Est.:039/9000348 - Fone:3520 8400
(ANS 2249472) (CNES 2249472)



**CONTA
PACIENTE**

89428718000197

Nº Atend: 1.823.961

Nº I.C.: 2.418.722

Paciente:
Bruno Neumann Alves

Convênio:
Escola Adventista

Usuário/Matrícula
10251486

Prontuário: 276953 Data Entrada: 14/07/2021 14:33:08 Data Saída: 14/07/2021 15:25:48 Motivo Alta: 71 ALTA COM
Médico: Leonardo Jose Urmann
Guia: 2418722

Movimentação

Seq.	Data Entrada	Data Saída	Setor	Unidade	Acomodação
1	14/07/2021 14:38:59	14/07/2021 15:25:48	Pronto Socorro	304/	Setor sem acomodacao

Honorários Médicos não Cooperados

Seq.	Data	CRM	Médico	Funcao	Proced	Descrição	Qtde	Valor
1	14/07/2021	45697	Leonardo Jose Urmann	Clínico	1010103-9	Em Pronto Socorro -	1	95,00
Total de Honorários Médicos não Cooperados								95,00
Total geral								95,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samily Molin Rockenback
Nº da Carteirinha: 10.25.1529
Instituição: Escola Adventista de Erechim



Data de Nascimento: 19/08/2010

Nº da Guia: 3477

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/06/2021	13:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna bateu o dedo na bola e torceu o dedo

Testemunha da ocorrência

Amanda Maite Batisti

Telefone

(51) 98128-2778

Quem prestou primeiros socorros

Tatiane de Fátima Bernardi de Moura Lima

Data

23/06/2021

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Levado o aluno para o Hospital Caridade para atendimento

Ass.:

Paola Braun

Instituição Adventista Sul Riograndense
de Educação Erechim
CNPJ 87 115 838/0067-35
Rua Clementina Rossi, 169 - B. Bela Vista
Erechim-RS

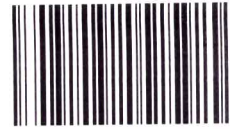
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portalegre.clinicaadventista.org.br



Paciente **()Samily Molin Rockenback**
Sexo **F**
Data Nasc. **19/08/2010** 10 anos
Endereço **Rua -**
Município **Erechim - RS**
Convênio **Escola Adventista**
Médico **Pronto Socorro**
Data Entrada **23/06/2021 14:03:35**

Atendimento **1818204**
RG/CPF
Cartão SUS:
Bairro
Telefone **981282778**
Matrícula **10251529**
Prontuario **399504**

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

O PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL:

AUTORIZA o seu atendimento, com a realização de consulta, exames de diagnóstico e condutas necessárias conforme orientação médica, inclusive quanto à necessidade de internação hospitalar.

RESPONSABILIZA-SE em apresentar o cartão de identificação de plano de saúde no prazo estipulado pelo HOSPITAL. A não apresentação acarretará na total responsabilidade pelo pagamento integral das despesas hospitalares na modalidade Particular.

TEM CIÊNCIA de que seu convênio poderá não oferecer cobertura integral do valor do atendimento, podendo gerar com isso diferenças em caráter Particular para honorários médicos, exames de diagnóstico, materiais, medicamentos e outros.

RESPONSABILIZA-SE, sempre que não houver cobertura de convênio/plano de saúde, pelo pagamento em caráter Particular, de todas as despesas hospitalares, tais como honorários médicos, exames de diagnóstico, medicamentos, materiais e outros.

TEM CIÊNCIA de que o HOSPITAL não se responsabiliza pela guarda ou falta de dinheiro, cartões, documentos, telefone celular, joias e demais objetos pessoais do paciente ou acompanhantes nas dependências da instituição.

AUTORIZA o HOSPITAL a emitir Nota Fiscal e Boleto de Cobrança, caso o atendimento Particular não seja quitado em até 48 horas do seu término.

TEM CIÊNCIA de que a inadimplência de pagamentos acarretará em aplicação de multa de 2% (dois por cento), juros mensais de 1% (um por cento) e atualização monetária, sobre o valor do atendimento, além dos procedimentos necessários para a efetivação da cobrança dos serviços.

Em observância à Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), ao menor de 18 anos é obrigatório o acompanhamento de um responsável legal (pais ou tutores).

Erechim, 23/06/2021 14:05:36

Assinatura do Atendente

Assinatura do Paciente ou Responsável



Paciente **Samily Molin Rockenback**
Sexo **F**
Data Nasc. **19/08/2010** 10 anos e
Endereço **Rua Dr. Mauro Detoni Tagliosa , 38 Cotrel**
Município **Erechim - RS**
Convênio **Escola**
Médico **George Augusto Rossi Pereira**
Data Entrada **23/06/2021 14:03:35**

Atendimento **1818204**
RG/CPF
Cartão SUS:
Bairro **Cotrel**
Telefone **981282778**
Matrícula **10251529**
Prontuario **399504**

23/06/2021 14:29:58 Médico George Augusto Rossi Pereira Pronto Socorro CRM 35421

Evolução Médica - Pronto Socorro

TRAUMA DEDO MÉDIO DA MÃO DIREITA.
MOBILIDADE RESTRITA PELA DOR.
ANATOMIA PRESERVADA.

Conduta:
RX / ANALGESIA

George Augusto Rossi Pereira - CRM 35421

Nome Médico/Carimbo

George Augusto Rossi Pereira
CPF 003 444 320-76
Médico CRM 35421



Paciente **Samily Molin Rockenback**
Sexo **F**
Data Nasc. **19/08/2010** 10 anos e
Endereço **Rua Dr. Mauro Detoni Tagliosa , 38 Cotrel**
Município **Erechim - RS**
Convênio **Escola**
Médico **George Augusto Rossi Pereira**
Data Entrada **23/06/2021 14:03:35**

Atendimento **1818204**
RG/CPF
Cartão SUS:
Bairro **Cotrel**
Telefone **981282778**
Matricula **10251529**
Prontuario **399504**

23/06/2021 14:29:58 Médico George Augusto Rossi Pereira Pronto Socorro CRM 35421

Evolução Médica - Pronto Socorro

TRAUMA DEDO MÉDIO DA MÃO DIREITA.
MOBILIDADE RESTRITA PELA DOR.
ANATOMIA PRESERVADA.

Conduta:

RX / ANALGESIA

George Augusto Rossi Pereira - CRM 35421

George Augusto Rossi Pereira
CPF 003 444 320-76
Médico CRM 35421

23/06/2021 14:59:57 Médico George Augusto Rossi Pereira Pronto Socorro CRM 35421

Evolução Médica - Pronto Socorro

REAVALIO A PACIENTE SUPRACITADA:

RX NORMAIS

C:

ALTA COM ALIVIO / 2 DIAS.

George Augusto Rossi Pereira - CRM 35421

George Augusto Rossi Pereira
CPF 003 444 320-76
Médico CRM 35421

Nome Médico/Carimbo



Prescrição Eletrônica de Pacientes - CPOE

Paciente: **Samily Molin Rockenback**
Dt. Nascto.: 19/08/2010 10a 10m 4d
Dt. Entrada: 23/06/2021 14:03:35
Prontuário: 399504
Médico: **Dr. George Augusto Rossi Pereira (CRM 35421)**
Alergias :

Atendimento: **1818204**
Convênio: Escola Adventista / Enfermaria
Sexo: Feminino
Período: 23/06/2021 14:34 24/06/2021 14:34

Medicamento

1 Alivium (Ibuprofeno) 100 mg/mL (10%) gts 20mL

Dose / Intervalo / Via
30 Gotas Via Oral
Intervalo: 24 - Uma vez
ao dia

Horários

16

15/00 LU

Vigência

23/06 16:00 até 24/06 15:59

tempo 00:00 (h/min),

Observação: Orientação: Cada 10 gotas corresponde à 1 mL.

Exames e Procedimentos

1 Rx Mao ou Quirodactilo

2 Rx Mao ou Quirodactilo

Qtde / Intervalo

1 Ag

1 Ag

Horários

14:33

14:33

Vigência

23/06 14:33 até 24/06 14:33

23/06 14:33 até 24/06 14:33

George Augusto Rossi Pereira
CPF 003 444 320-76
Médico CRM 35421

HCE - Evolução Eletrônica do Paciente

23/06/2021

Dia:

Paciente **Samily Molin Rockenback**
Data Nascto. 19/08/2010 10 Anos
Sexo Feminino
Telefone 981282778
Setor Pronto Socorro

Atendimento 1.818.204
Prontuário 399.504
Dt. Entrada 23/06/2021
Convênio Escola Adventista Enfermaria
Sala 304

Evolução Paciente

Data	Tipo Evolução	Usuário	SETOR	Código
23/06/2021 14:40:00	Técnico de Enfermagem	Pamela de Moura	Pronto Socorro	COREN 506791

SERVIÇO DE ENFERMAGEM #
PRONTO SOCORRO

SUBJETIVO:RECEBO PACIENTE NO PS,RELATANDO TRAUMA EM TERCEIRO DEDO DA MÃO DIREITA.
OBJETIVO:ADMITO PACIENTE Samily Molin Rockenback ,10 anos,Feminino,CALMA E COMUNICATIVA, DEAMBULANDO, TRAZIDA PELO DIRETOR DA ESCOLA POR APRESENTAR TRAUMA EM TERCEIRO DEDO DA MÃO DIREITA.
CONDUTA:AVALIADA PELO MÉDICO PLANTONISTA, ENCAMINHADA DE CADEIRA DE RODAS PARA REALIZAR RAO X E AGUARDA EM OBSERVAÇÃO.

TÉC.ENF. Pâmela De Moura - COREN 001506791



Pamela de Moura

23/06/2021 15:06:59	Técnico de Enfermagem	Pamela de Moura	Pronto Socorro	COREN 506791
---------------------	-----------------------	-----------------	----------------	--------------

MEDICADO PACIENTE VO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, REAVALIADA PELO MÉDICO PLANTONISTA, REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ZIMMER, UTILIZADO 01 ATADURA DE CREPE Nº8 + 40 CM DE ESPARADRAPO. APÓS LIBERADA COM RECEITA E ORIENTAÇÕES DO MÉDICO PLANTONISTA. TÉC.ENF PÂMELA DE MOURA COREN 001.506.791



Pamela de Moura



Pronto Atendimento

Nome: Somily Helen R.

D.N.: _____/_____/_____

Convênio: J V Sexo: ☐ M ☐ F

Data: 23 / 6 / 21 Sala: _____

Médico: _____ CRM: _____

Circulante:

Procedimento: Imobilização com tala de gesso 3º dedo mais dedo

Assinatura do Médico:

SAMILY MOLIN ROCKENBACK

Médico: Dr(a) George Augusto Rossi Pereira

Convênio: Escola Adventista

Nr. Atend: 1818204

Nr. Prescr: 2994085

Idade: 10 anos Leito: 304

MÃO DIREITA

Contornos articulares e interlinhas de aspecto normal.
Estrutura óssea conservada.
Partes moles sem alterações.

MÃO ESQUERDA

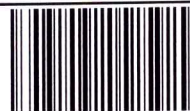
Contornos articulares e interlinhas de aspecto normal.
Estrutura óssea conservada.
Partes moles sem alterações.

Erechim, 23/06/2021 14h43


Dra. Beatriz Araujo Rodrigues Torres
CRM-27233
RQE-38049



Av Comandante Kraemer, 405 - ERECHIM - RS
CNPJ: 89428718000197 - Inscr. Est.: 039/9000348 - Fone: 3520 8400
(ANS 2249472) (CNES 2249472)



CONTA PACIENTE

89428718000197

Nº Atend: 1.818.204

Nº I.C.: 2.409.582

Paciente:
Samily Molin Rockenback

Convênio:
Escola Adventista

Usuário/Matrícula
10251529

Prontuário: 399504 Data Entrada: 23/06/2021 14:03:35 Data Saída: 23/06/2021 15:06:59 Motivo Alta: 12 ALTA MELHORADO
Médico: George Augusto Rossi Pereira
Guia: 2409582

Movimentação

Seq.	Data Entrada	Data Saída	Sector	Unidade	Acomodação
1	23/06/2021 14:05:25	23/06/2021 15:06:59	Pronto Socorro	304/	Setor sem acomodacao
2	23/06/2021 14:33:56	23/06/2021 14:33:56	Serviço Radiologia	1/	Setor sem acomodacao

Taxas (Salas + Instrumental)

Seq.	Código	Descrição	Qtde	VI Total
1	9102000-4	Sala de Medicação Ambulatorial por Uso	1	20,60
2	9501007-6	Expediente Paciente Ambulatorial	1	45,00
Total de Taxas (Salas + Instrumental)				65,60

Serviços Hospitalares

Seq.	Código	Procedimento	Qtde	VI Unit	VI Total
1	9401005-1	Imobilização não Gessada	1	54,6000	54,60
Total de Serviços Hospitalares				1	54,60

Sadts

Seq.	Dt Proced	Código	Descrição Sadt	Qtde	VI Unit	VI Total
Serviço Radiologia -						
1	23/06/2021	4080312-0	Mão Ou Quirodáctilo - Exame Radiológico	2	50,0000	100,00
Total - Serviço Radiologia -				2		100,00

Medicamentos

Seq.	Descrição Medicamento	Cód	Un	Qtde	VI Unit	VI Total
Pronto Socorro -						
1	Alivium (Ibuprofeno) 100 mg/mL (10%) gts 20mL	40841	ml	3,00	1,9825	5,95
Total - Pronto Socorro -				3,00		5,95

Materiais

Seq.	Descrição do Material	Código	Un	Qtde	VI Unit	VI Total
Pronto Socorro -						
1	Atadura de Crepe 08 cm x 1,8 mt	32909	un	1,00	8,2225	8,22
2	Tala metalica de aluminio 12x18cm	43584	cm	1,00	0,0265	0,03
Total - Pronto Socorro -				2,00		8,25

Honorários Médicos não Cooperados

Seq.	Data	CRM	Médico	Funcao	Proced	Descrição	Qtde	Valor
1	23/06/2021	35421	George Augusto	Clínico	1010103-9	Em Pronto Socorro -	1	95,00
Total de Honorários Médicos não Cooperados								95,00
Total geral								329,40