

[Handwritten mark]

FOLHA DE SALA

PACIENTE: Alicia Goulo Goulart do Silhus dos Santos SALA N° 1
 APLICAÇÃO: _____ CONVENIO: Achulento
 LOCAL DE USO Bloco cirurgico DATA: 04-03-23
 REGISTRADO POR: Isaque HORA: 19h
 REQUISITADO POR: _____ LEITO: 581

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO E CIRÚRGICO DE QUE TRATA O PRESENTE COMPROVA O HOSPITAL.

CIRURGIA: Sutura linha unguem + tratamento ungueal
apote 5º doé mão D + debridamento
 MEDICO: Dudley AUXILIAR: _____
 ANESTESISTA: Bruno TIPO ANESTESIA: geral + local
 INICIO: 19h TERMINO: 19:30 TEMPO TOTAL: _____

ANESTESISTA: _____ CIRURGIÃO: Dr. Dudley Zanella
Ortopedia e Traumatologia
CRM 39282
 AUXILIAR: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Lesão por esmagamento do 5º DDI (fratura exposta)
2. DDI, anestesia local + geral
3. Anti-SH 52 + cce em MSD
4. Debridamento + retirada de unha + irrigação e esterilização
5. Sutura da lesão ungueal com Vycryl 60
6. Alinhamento dos bordos de fratura
7. Sutura da pele com nylon 40
8. Curativo.

FARMACIA / /

ENFERMAGEM / /



Prefeitura Municipal de Santo Ângelo - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Número da Nota:
282

Série: 1

ZQF6-LKBW-QRHC



Data e Hora de Emissão: 09/03/2023 às 16:20:57

Competência: 3/2023

Data da Prestação: 09/03/2023

Regime de Tributação: REGIME DE ISS FIXO

Município de Prestação: SANTO ANGELO - RS

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: CLINICA ORTHOMISSOES LTDA

E-Mail: rhplannocont@hotmail.com

Nome Fantasia:

Telefone: (55) 3313-1433

CPF/CNPJ: 37.029.011/0001-04

Inscrição Municipal: 41253

Bairro:

Endereço: R 15 DE NOVEMBRO, 1203 SL 405

Complemento:

Município: SANTO ANGELO - RS

CEP: 98800000

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Telefone: 4132177722

Nome Fantasia: CLINICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

E-Mail: gerencia@clinicaadventista.org.br

CPF/CNPJ: 15.116.763/0003-31

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

Bairro: TRES FIGUEIRAS

Endereço: R MATIAS JOSE BINS, 581

Complemento:

Município: PORTO ALEGRE - RS

CEP: 90010170

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Alíquota	Exigibilidade	Valor ISS	Valor Tributado
04.01 - HONORÁRIOS MÉDICOS DO CIRURGIÃO DR. DUDLEY ZANELLA REFERENTE A CIRURGIA DE FRATURA EXPOSTA 5º DEDO DA MÃO DIREITA REALIZADA NA PACIENTE ALICIA GOULART DA SILVA DOS SANTOS, ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO HSA, NO DIA 07/03/2023	0%	FIXO	R\$ 0,00	R\$ 3.000,00
			R\$ 0,00	R\$ 3.000,00

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:

04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

PIS: R\$ 0,00	COFINS: R\$ 0,00	INSS: R\$ 0,00	IR: R\$ 0,00	CSLL: R\$ 0,00	
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.000,00		VALOR LÍQUIDO = R\$ 3.000,00			
Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 3.000,00	Valor Retido na Fonte: R\$ 0,00	Valor do ISS: R\$ 0,00

RPS: 0 / NFS-e (09/03/2023)

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica:

R\$ 3.000,00

Outras Retenções:

Outras Informações:

Local de Prestação: 4317509 - SANTO ANGELO - RS

ISSQN Retido: NÃO

Regime de Tributação: REGIME DE ISS FIXO

Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: <https://iss.abase.com.br>



Faça seu cadastro concorra a prêmios:

<https://nfg.sefaz.rs.gov.br>

<https://cidadaoapremiado.abase.com.br>

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alícia Goulart da Silva dos Santos
Nº da Carteira: 9.13.1590
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo

Data de Nascimento: 15/08/2016

Nº da Guia: 9954



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2023	16:24:00	Banheiro	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Pressionou o dedo na porta	5º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava no banheiro e a colega foi fechar a porta e pressionou o dedo, não foi intencional, mas a aluna reclama de dores, chegou a vomitar bastante.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Renata Barichello	(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações
colocamos gelo no local machucado e entramos em contato com a mãe.

Ass.: _____

Maria Ângela Fonseca da Silva

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

