

PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (44) 3232-8383 - CEP 86990-000

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 8382 / 2021 Ordinário Data: 13/10/2021 Página 1 / 1

Credor: 104678 CLINICA INTEGRADA ESPAÇO FISIO E FORMA LTDA ME

Endereço: - C.E.P. - -

C.N.P.J.: 27.490.396/0001-59

Insc. Est.:

Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. Ag.: 2278-0 Conta: 23849-X

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	Tipo de Licitação: Proc. Inexigibilidade
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	Nº Licitação.....: 17/2019
Prog. Trabalho: 10.301.0008.2.050. PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA	Nº NAD.....: 8130
Elemento Desp.: 3.3.9.0.39.00.00. OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	Nº Convênio:/
Reduzido: 243	
F. de Recurso: 31494 BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públ 31494	
Desdobramento: 52 00 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	

Dotação Inicial 280.000,00	Saldo Anterior 57.827,01	Valor 1.587,50	Saldo Atual 56.239,51
-------------------------------	-----------------------------	-------------------	--------------------------

HISTÓRICO: Prestação de serviços de Fisioterapia, destinados aos pacientes da Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: 31494

C/C: 624.016-4

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	250,00	SER	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA.	6,35	1.587,50

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	1.587,50
------------------	------------------	------	---------------------	----------

Empenhado por: PAULO CÉSAR MORI	Autorizo a Despesa Acima Discriminada Marialva, de de
--	--

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

Marialva, de

de

25 OUT. 2021

ELTON JONES GABARROZ
Contador CRC/PR Nº 050753/O

VICTOR CELSO MARTINI
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA
Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

Credor: CLINICA INTEGRADA ESPAÇO FISIO E FORMA I
C.N.P.J.: 27.490.396/0001-59

	PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTOS		Número:		
	SANTA EFIGÊNIA, 680 - 86990000 - CENTRO - Marialva - PR		74		
			Emissão:		
			18/10/2021		
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:
					529578931

SITE AUTENTICIDADE: <https://marialva.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal:	00009316	CNPJ/CPF:	27.490.396/0001-59	Regime Fiscal:	Simples Nacional
	Nome/Razão Social:	CLINICA INTEGRADA ESPAÇO FÍSIO E FORMA LTDA				
	Nome Fantasia:	ESPAÇO FÍSIO E FORMA				
	Endereço:	AVENIDA CRISTOVÃO COLOMBO, 680, SALA TERREO - CENTRO				
	Município/UF:	Marialva-PR	CEP:	86.990-000		
	Fone/Fax:	(44) 3037-1676	E-Mail:	nacontadores@hotmail.com		

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	8955	CNPJ/CPF:	76.282.680/0001-45	Insc. Estadual:	
Nome/Razão Social:	PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIALVA				
Endereço:	RUA SANTA EFIGÊNIA, 680 - CENTRO				
Município/UF:	Marialva-PR	CEP:	86.990-000		
Fone/Fax:	(44) 3232-8383	E-Mail:	dacarus_marialva@hotmail.com		

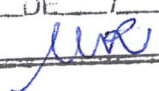
DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:	408 TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.	CNAE:	8650004
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
10/2021	Marialva-PR	EMITIDA	TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

AQUISIÇÃO - de acordo com:

- ☐ CONVITE
☐ TOMADA DE PREÇO
☐ CONCORRÊNCIA

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

FISIOTERAPIA	☐ REGAL ☐ DISPENSA C. 252 ☒ INEXIGIBILIDADE Nº 17-19 DE 1/1 
--------------	--

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	FISIOTERAPIA	250,00	6,35000	0,00	1.587,50

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	31,91000	Sim
PIS	0,17000	2,65000	Não
COFINS	0,77000	12,21000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	3,81000	Não
CSLL	0,21000	3,33000	Não
CPP	2,60000	41,34000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
1.587,50	0,00	0,00	1.555,59	1.587,50

NFS-E Nº	74	Recebemos de CLINICA INTEGRADA ESPAÇO FÍSIO E FORMA LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.
		DATA: ____/____/____

Haline Oliveira Ferreira
 Enfermeira - COREN 10351
 Gerente de Auditoria e Avaliação

ADRIANO FELIX DOS ANJOS
 COORDENADOR DE ENFERMAGEM
 MARIALVA - PR
 Coren nº 151870

Assinatura: _____



PREFEITURA DE MARIALVA - PR

76.282.680/0001-45

Exercício: 2021

E M P E N H O					
Nº do Empenho: 8382/2021		Tipo: Ordinário		Emissão: 13/10/2021	
Página: 1 / 1					
Credor: 104678 - CLINICA INTEGRADA ESPAÇO FISIO E FORMA LTDA ME		CPF/CNPJ: 27.490.396/0001-59			
Endereço: :		Bairro:			
Cidade:		Estado:		CEP:	
Órgão: 07 - SECRETARIA MUN. DE SAÚDE		Processo: 0/2021			
Unidade: 07002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		Tipo de Licitação: Proc. Inexigibilidade			
Prog. Trabalho: 0008 - SAÚDE NINGUÉM FICA SEM		Nº Licitação: 17/2019			
F. de Recurso: 31494 - BB/C.C. 624016-4 - Bloco de Custeio das Ações e Serviços		Contrato: 2019252/2019			
Desdobramento: 52 - SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL					
Elemento Desp.: 3390390000 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA					
Histórico: Prestação de serviços de Fisioterapia, destinados aos pacientes da Secretaria Municipal de Saúde.					
Fonte: 31494					
C/C: 624.016-4					
ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	250.00	SERV.	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA.	6,3500	1.587,50
				Total Empenhado:	1.587,50



RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS MÊS SETEMBRO

LUZIA Z. BARISON 20 SESSOES

KAYO RIBEIRO PIOVESAN 30 SESSÕES

APARECIDA GARCIA PEREIRA 20 SESSOES

GABRIEL MOREIRA LOPES 20 SESSÕES

ROSIVANER DE MELLO CALVO 20 SESSOES

MOACYR LAZARIN 10 SESSÕES

EDINO MENDES TERRA 10 SESSOES

CARMEM LUCIA BECKER 20 SESSÕES

LUANA LAZARIN 20 SESSOES

MARIA APARECIDA DE FATIMA ZANETTI 20 SESSÕES

LUCILENE APARECIDA MAZZUCHI 20 SESSOES

ARGENTINA PACHECO DA SILVA 20 SESSOES

CELIO C. DE OLIVEIRA 20 SESSOES

250 pessoas - 1.587,50

Gabriela S. Ferreira
Dra. Gabriela S. Ferreira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-8 234367-F

Marlene Oliveira Ferreira
Marlene Oliveira Ferreira
Enfermeira - COREN 10351
Coordenadora de Auditoria e Avaliação

Maria Lúcia dos Anjos
MARIA LÚCIA DOS ANJOS
COORDENADOR DE ENFERMAGEM
Coren nº 151870

04/11/2021

- BANCO DO BRASIL -

6:29:43

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA CORRENTE****CLIENTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE****AGÊNCIA: 2278-0****CONTA: 00.000.013.371-X**

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:**25/10/2021****NÚMERO DO DOCUMENTO:****282-20000000****VALOR TOTAL:****1.555,59********* TRANSFERIDO PARA :****CLIENTE: CLINICA INTEGRADA ESPACO FISIO****BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.****AGÊNCIA : 2.278-0****CONTA : 00.000.023.849-X**

=====

Nr. Autenticação: 4.684.5D1.591.574.21C

1-Registro ANS	3 - Nº Guia Principal
----------------	-----------------------

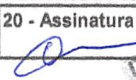
4 - Data da Autorização 17/06/2021	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------------------	-----------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00970000009594560	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Kayo Ribeiro Piovesan	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 02205308904	14 - Nome do Contratado Denilson Daleffe
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Denilson Daleffe	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25.985	18 - UF PR	19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	----------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/06/2021	23 - Indicação Clínica seguimento da terapia - polifruturas
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 -	20103115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica es	010	010
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo do Atendimento 04	33 - Indicação de Aciente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - %Red./Acresc	46 - Valor Unit - R\$	47 - Valor Total R\$
1 - / /											
2 - / /											
3 - / /											
4 - / /											
5 - / /											

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
	5 - / /
	6 - / /
	7 - / /
	8 - / /
	9 - / /
	10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total de OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

1-Registro ANS	3 - Nº Guia Principal
----------------	-----------------------

4 - Data da Autorização 17/06/2021	5 - Senha
---------------------------------------	-----------

6 - Data de Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00970000009594560	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Kayo Ribeiro Piovesan	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 02205308904	14 - Nome do Contratado Denilson Daleffe
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Denilson Daleffe	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25.985	18 - UF PR	19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	----------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/06/2021	23 - Indicação Clínica seguimento da terapia - polifruturas
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 -	20103115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica es	010	010
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo do Atendimento 04	33 - Indicação de Aciente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 - %Red./Acresc	46 - Valor Unit - R\$	47 - Valor Total R\$
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											

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

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -	/ /	3 -	/ /
2 -	/ /	4 -	/ /
		5 -	/ /
		6 -	/ /
		7 -	/ /
		8 -	/ /
		9 -	/ /
		10 -	/ /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total de OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

1-Registro ANS	3 - Nº Guia Principal
----------------	-----------------------

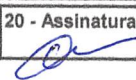
4 - Data da Autorização 17/06/2021	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------------------	-----------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00970000009594560	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Kayo Ribeiro Piovesan	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	--------------------------	------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 02205308904	14 - Nome do Contratado Denilson Daleffe
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Denilson Daleffe	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25.985	18 - UF PR	19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	----------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/06/2021	23 - Indicação Clínica seguimento da terapia - polifruturas
----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 -	20103115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica es	010	010
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo do Atendimento 04	33 - Indicação de Aciente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec	45 - %Red./Acresc	46 - Valor Unit - R\$	47 - Valor Total R\$
1 - / /											
2 - / /											
3 - / /											
4 - / /											
5 - / /											

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

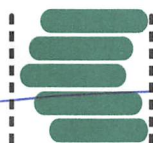
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
	5 - / /
	6 - / /
	7 - / /
	8 - / /
	9 - / /
	10 - / /

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total de OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



Clínica de Ortopedia Santa Rita

ROSIVANER DE MELLO CALVO

Epicondilite lateral dir / tendinite de ombro dir

Exames de sangue

Hemograma	()
Coagulograma	()
Sgoot	()
Glicose	()
Creatinina	()
Alfa 1 glicoproteína	()
Lipidograma	()
Hemossedimentação	()
Aslo	()
Uréia	()
Fan	()
Waaller rose	()
PCR	()
Rotina urina	()
TSH	()
Potássio	()
HLA B27	()
PSA	()
Cortisol	()
Sódio	()
Latex	()

Ultrassonografia

Bacia	()
Púbis	()
Quadril	()
Joelho	()
Tornozelo	()
Pé	()
Ombro	()
Cotovelo	()

Cintilografia Óssea

Corpo total	()
Fluxo sanguíneo	()

Fisioterapia

Acupuntura	()
------------	-----

Tratamento cons	()
Redução incruenta	()

Ressonância

Coluna lombo-sacra	()
Coluna dorsal	()
Coluna cervical	()
Bacia	()
Pubis	()
Quadril	()
Joelho	()
Tornozelo	()
Pé	()
Ombro	()
Cotovelo	()

Tomografia

Coluna lombo-sacra	()
Coluna dorsal	()
Coluna cervical	()
Bacia	()
Púbis	()
Quadril	()
Joelho	()
Tornozelo	()
Pé	()
Ombro	()
Cotovelo	()
Tórax	()

Densitometria

Um seguimento	()
Dois seguimento	()
Corpo total	()

Eletroneuromiografia

Membro inferior	()
Membro superior	()

Infiltração

Ácido Hialurônico	()
Corticoide	()
Punção	()

Dr. Márcio Edson
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 14.1136



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

Secretaria Municipal de Saúde



REQUISIÇÃO

Nome
LUANA LAZARIM

Atendimento

CNS

Data Nascimento

Idade

Telefone

10 SESSOES DE FISIOTERAPIA
FORTALECIMENTO + ANALGESIA + GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

CID S723

Data 02/06/21_ Médico Solicitante

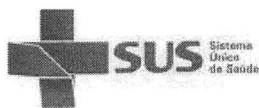
Data ____/____/____ Médico Executante

FR AAC 007

Versão 03

02/2015

José Gomes Neto
Médico
CRM PR 43.038



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Sexo

M ()



REQUISIÇÃO

Nome

LUANA LAZARIN

Atendimento

CNS

Data Nascimento

Idade

Telefone

Material a Examinar

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR CID: S 72.3

Exames Solicitados

**FISIOTERAPIA - GANHO DE ADM, PROPRIOCEPÇÃO, FORTALECIMENTO
10 SESSÕES**

Dr. Diógenes L. De Carvalho Junior

CRM/R 28.801

Data 15/09/21

Médico Solicitante

TEOT: 14.694

Data ____/____/____

Médico Executante

FR AAC 007

Amb. Bom Samaritano

Versão 03

02/2015



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

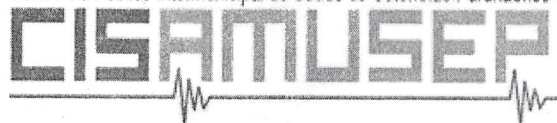
2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Cartão Nacional de Saúde	
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 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos 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 Contratado	



2- N° Guia no Prestador

3 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
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 no Conselho	
21 - Nome do Profissional Solicitante		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 - Nome do Contratado		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 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização de Procedimentos em Série		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		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	



GUIA DE ENCAMINHAMENTO CISAMUSEP

Usuário: 1040951 - ARGENTINA PACHECO DA SILVA

Data de Nascimento: 16/06/1938 Idade: 83 Anos, 2 Sexo: F CNS: 700.0017.9833.1106

Endereço: R PRESIDENTE NEREU RAMOS, 544

Bairro/Distrito: CENTRO

Município: 411480 - MARIALVA - PR

Data: 15/09/2021

Hora: 10:06:54

CEP: 86.990-000

Data: 15/09/2021

Especialidade encaminhada: 109 - FISIOTERAPEUTA GERAL

Conduta Adotada:

CIATALGIA DIREITA - ANALGESIA + EXERCICIOS + POSTURA

Dr. Airto Manzotti
Ortopedia
CRM/PR - 7310

AIRTO MANZOTTI
MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM - 7310



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
S.S.B.E.S. - DIVISÃO DE SAÚDE

SUS - PR

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
15ª REGIONAL DE SAÚDE MARINGÁ

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

NOME DO USUÁRIO:

celis cruz de oliveira

PARA SERVIÇO DE:

Fisioterapia

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

REGIONAL DE MARINGÁ

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Obs.: ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO, ANTECEDENTES DE IMPORTÂNCIA, TRATAMENTO JA EFETUADO E ÚLTIMOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Paciente com fratura de punho esquerdo. Solicito acompanhamento com fisioterapia - Gusto

S. 525

700 0011 8341 1608

Rua: José Gonçalves, 465 Jd. Itália

Data

14 / 09 / 21

Dr. José A. Santana
CRM 17882 TEOT 9011
ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo do Profissional



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3232-1151

AVENIDA CRISTOVÃO COLOMBO, 1624

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome do Usuário:

Unidade

(Carimbo)

Para Serviço de:

URGENTE

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

OBS: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião, antecedentes de importância, tratamento já efetuado e últimos exames complementares realizados.

20 dias / Tendinite cotovelo erg. LER

Lucilene Ap. Mazzuchi

409 8010 9549 8394

999360521

Est. Manáiva Km 3

Data:

17/09/21

Assinatura e Carimbo do Profissional

**SECRETARIA DA SAÚDE****FONE: (44) 3232-1151**

AVENIDA CRISTOVÃO COLOMBO, 1624

GUIA DE ENCAMINHAMENTONome do Usuário: Aparecida Garcia Pereira

Unidade (Carimbo)

Para Serviço de: Fisioterapia**MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO**

OBS: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião, antecedentes de importância, tratamento já efetuado e últimos exames complementares realizados.

Encaminhado para o 88 anos, acometida (histórico de AVCi)
para continuar sessões de fisioterapia.

Dra. Carla Bezerra
MED. FAM. COMUNIT. DE
CRM/PR: 45.699
Médica Residente na Rede de
Assistência à Saúde Municipal

Data: 27/09/2021

Assinatura e Carimbo do Profissional



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
S.S.B.E.S. - DIVISÃO DE SAÚDE

SUS - PR

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
15ª REGIONAL DE SAÚDE MARINGÁ

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

NOME DO USUÁRIO: Gabriel Moreira Lopes
PARA SERVIÇO DE: Fisioterapia

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
REGIONAL DE MARINGÁ

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Obs.: ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO, ANTECEDENTES DE IMPORTÂNCIA, TRATAMENTO JA EFETUADO E ÚLTIMOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Solicito fisioterapia para fazer o manejo
com carga total liberada

Z98.8 + S724

Data

23, 09, 2021

Dr. Carlos A. G. Carretero
Ortopedia e Traumatologia,
CRM-PR 33710

Assinatura e Carimbo do Profissional

**SECRETARIA DA SAÚDE****FONE: (44) 3232-1151**

AVENIDA CRISTOVÃO COLOMBO, 1624

GUIA DE ENCAMINHAMENTONome do Usuário: Moacyr Lapaia

Unidade (Carimbo)

Para Serviço de: fisioterapia**MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO**

OBS: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião, antecedentes de importância, tratamento já efetuado e últimos exames complementares realizados.

Encaminhado paciente de 70 anos de idade apresentando dor lombar de moderada intensidade com irradiação para a perna esquerda.

Solicito 10 sessões de fisioterapia geral.

Dra. Izzabelle K. S. Bogdan
MED. FAM. COMUNIDADE
CRMPP: 43.975
Médica Residente na Rede de
Assistência à Saúde Metropolitana

Data: 20 / 09 / 21

Assinatura e Carimbo do Profissional

**SECRETARIA DA SAÚDE****FONE: (44) 3232-1151**

AVENIDA CRISTOVÃO COLOMBO, 1624

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome do Usuário:

Edino M. Terra

Unidade

(Carimbo)

Para Serviço de:

Fisioterapia

URGENTE

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

OBS: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião, antecedentes de importância, tratamento já efetuado e últimos exames complementares realizados.

10 sessões p/ dor calcâneo

Data:

12.8 / 21

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dra. Barbara M. B. Araoz-Verde
Clínica Geral
CRM: 33.764



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3232-1151

AVENIDA CRISTOVÃO COLOMBO, 1624

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome do Usuário:

Carmem Lucia Becker

Unidade

(Carimbo)

Para Serviço de:

FISIOTERAPIA

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

OBS: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião, antecedentes de importância, tratamento já efetuado e últimos exames complementares realizados.

Data:

30/08/2021

Assinatura e Carimbo do Profissional

[Assinatura]
Dra. Sirlene da S. Araujo Verde
Clínica Geral
CRM: 13.764

CARMEM

A FSE

Solcito FSE analgesia
PI ombro Direito

do Sr. Luiz Zucco.
Baurian.


Ricardo P. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 33783



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Celia C. de Oliveira

Material Coletado:

700-0011-8371-1608

Exame:

20 urina

ESPAÇO FISIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTOVÃO COLOM. N. 580

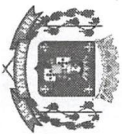
CENTRO- TELEFONE: 443337-676

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

27 / 09 / 2021

DATA

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Argentina Pacheco da Silva

Material Coletado:

100-0017 - 9833 - 1106

Exame:

20 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-5)

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO, 680

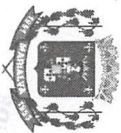
CENTRO - TELEFONE: 443037-1676

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Material Coletado:

109 - 8010 - 9549 - 8194

Exame:

20 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-5)

VENÍDA CRISTÓVÃO COLOMILQ, 680

INTERO- TELEFONL: 443037-676

46990-000-MARIALVA/- PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISICÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Cláudia Aparecida de Salina Zomati

Material Coletado:

704 - 1048 - 2673 - 8850

Exame:

20 urina

RECEBUE

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTOVÃO COLOMIL, 680

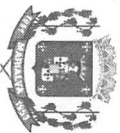
CENTRO - TELEFONE: 443037-676

CEP: 86990-000-MARIALVA, - PR

27 / 09 / 2021

DATA

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Cassiana da Cunha Buckle

Material Coletado:

Exame:

20 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOM. O, 780

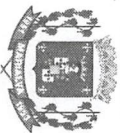
CENTRO - TELEFONE: 443-037.676

CEP: 86990-000-MARIALVA/ - PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Edineide Barbosa Lima

Material Coletado:

Exame:

10 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOM, 0, 730

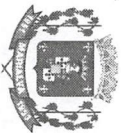
CENTRO - TELEFONE: 4430376/5

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

PHONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Diana de Araújo

Material Coletado:

Exame:

Diana

ESPAÇO FÍSIO E FORMA
CNPJ: 27.490.396/000151
AVENIDA CRISTÓVÃO COLOM, 73
CENTRO - TELEFONE: 43337.675
CEP: 86990-000 - MARIALVA - PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Marcelo Laguarda

Material Coletado:

Exame:

10 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA
CNPJ: 27.490.396/0001-51
AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO, 680
CENTRO- TELEFONE: 443037-1676
CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

27 / 09 / 2021

DATA

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Rosinamir de Gullio Cabre

Material Coletado:

Exame:

20 urina

ESPAÇO FISIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-5

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO, 880

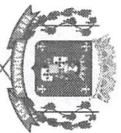
CENTRO- TELEFONE: 443037-1676

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

27 / 09 / 2021

DATA

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Material Coletado:

Exame:

Robail Teixeira de Jesus

20 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-5)

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO, 680

CENTRO - TELEFONE: 443037-6676

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Ana Carolina Garcia Lima

Material Coletado:

Exame:

20 urina

ESPAÇO FISIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTOVÃO COLOM: 0, 880

CENTRO- TELEFON: 443037-676

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

27 / 09 / 2021

DATA

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Kays Ribeiro Lianuan

Material Coletado:

Exame:

3D unân

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOMBO, 730

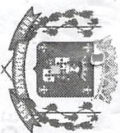
CENTRO- TELEFONE: 443037-675

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

27 / 09 / 2021

DATA

ASSINATURA



SECRETARIA DA SAÚDE

FONE: (44) 3801-6800

Rua Presidente Nereu Ramos, 1811 - Marialva - PR

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Usuário:

Material Coletado:

Exame:

20 urina

ESPAÇO FÍSIO E FORMA

CNPJ: 27.490.396/0001-51

AVENIDA CRISTÓVÃO COLOM. O, 780

CENTRO - TELEFONL: 443037.676

CEP: 86990-000-MARIALVA - PR

DATA

27 / 09 / 2021

ASSINATURA

0.*

1,587.50+

~~31.91-~~

000

1,555.59*+