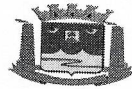




ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ - ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



Ofício nº 0145/2023/GABPRES

Corumbá/MS, 01 de dezembro de 2023.

À Senhora,
BEATRIZ SILVA ASSAD
M.D. Secretária Municipal de Saúde.
Prefeitura Municipal de Corumbá/MS

Assunto: Encaminhamento (faz)

Prezada Secretária,

Cumprimentando-a cordialmente, utilizo-me do presente para encaminhar a Vossa Senhoria, cópia da Prestação de Contas do 33º Termo Aditivo, referente aos recursos auferidos pela Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa, na data de 26/05/2023, no valor de R\$300.000,00 (trezentos mil reais).

Considerando Cláusula Primeira - Do Objeto, item 1.1, a referida Prestação de Contas refere-se ao repasse oriundo do Fundo Municipal de Saúde para auxílio financeiro e custeio de serviços essenciais, como o pagamento de fornecedores, conforme Plano de Trabalho.

Os valores referem-se aos recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro de Alta e Media Complexidade da Santa Casa de Corumbá.

Sem mais para o momento, aproveito o ensejo para reiterar meus protestos de elevada estima e consideração.

Respeitosamente,

MILTON CARLOS
DE

MELO:39073807115

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ
Presidente da Junta Administrativa
Milton Carlos De Melo
Decreto nº. 2.781, de 09/05/2022.

Assinado digitalmente por MILTON CARLOS DE
MELO:39073807115
162, 1.2589, 0,0147-Brasil, CUIAAC SOLLTI Multipla v5, CUI-
88786897000120, CUI-Videoconferencia, CUI-Certificado PF A1
*MILTON CARLOS DE MELO:39073807115
Fiz isto. Eu sou o autor deste documento
E-mail: mlo39073807115@abc.org.br
Data: 2023.12.01 10:28:39-0400
Foxit PDF Reader Versão: 12.0.1



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ - ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



Ofício nº 0145/2023/GABPRES

Corumbá/MS, 01 de dezembro de 2023.

À Senhora,
BEATRIZ SILVA ASSAD
M.D. Secretária Municipal de Saúde.
Prefeitura Municipal de Corumbá/MS

Assunto: Encaminhamento (faz)



Prezada Secretária,

Cumprimentando-a cordialmente, utilizo-me do presente para encaminhar a Vossa Senhoria, cópia da Prestação de Contas do 33º Termo Aditivo, referente aos recursos auferidos pela Associação Beneficente de Corumbá - Santa Casa, na data de 26/05/2023, no valor de R\$300.000,00 (trezentos mil reais).

Considerando Cláusula Primeira - Do Objeto, item 1.1, a referida Prestação de Contas refere-se ao repasse oriundo do Fundo Municipal de Saúde para auxílio financeiro e custeio de serviços essenciais, como o pagamento de fornecedores, conforme Plano de Trabalho.

Os valores referem-se aos recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro de Alta e Media Complexidade da Santa Casa de Corumbá.

Sem mais para o momento, aproveito o ensejo para reiterar meus protestos de elevada estima e consideração.

Respeitosamente,

MILTON CARLOS
DE

MELO:39073807115

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ

Presidente da Junta Administrativa

Milton Carlos De Melo

Decreto nº. 2.781, de 09/05/2022.

Assinado digitalmente por MILTON CARLOS DE
MELO:39073807115
N3_CER: Oi+CP-Brasil, Oi+AC SOLLITI Multipia v5, Oi+
RFBEST00126, Oi+ValeConferecia, Oi+Certificado PF A1
CN=MILTON CARLOS DE MELO:39073807115
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localizado:
Data: 2023.12.01 10:28:39-04:00
Formato: PDF Reader Versão: 12.0.1



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ

JUNTA ADMINISTRATIVA

DECRETO Nº 2.308 DE 18/05/2020

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA



CONCEDENTE: MUNICIPIO DE CORUMBÁ - MS
 CONTRATUALIZAÇÃO - RECURSO PORÓPRIO 33º TERMO ADITIVO EMPENHO Nº 1439/2023
 CONVENIENTE: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ - ABC
 DATA DO REPASSE: 26/05/2023

VALOR DO REPASSE: R\$ 300.000,00(TREZENTOS MIL REAIS)

Nº PROCESSO	CONTRATO/CREDOR	CNPJ	OBJETO	NOTA FISCAL		VALOR
				Nº	DATA PG	
	AGUILAR E SAGIORATO	10.432.670/0001-30	REMOÇÃO DE PACIENTES	961 - 962 - 966 - 967 - 968	26/05/2023	R\$ 36.000,00
	AGUILAR E SAGIORATO	10.432.670/0001-30	REMOÇÃO DE PACIENTES	970 - 971	26/05/2023	R\$ 14.400,00
	CIRURGICA FERNANDES	61.418.042/0001-31	INSUMOS E MATERIAIS P/FÁRMACIA CENTRAL	1598069	26/05/2023	R\$ 25.717,78
	MEDILAR	07.752.236/0001-23	INSUMOS E MATERIAIS P/FÁRMACIA CENTRAL	934060 - 934111	26/05/2023	R\$ 53.129,08
	MEDILAR	07.752.236/0001-23	MEDICAMENTOS P/FARMACIA CENTRAL	933490	26/05/2023	R\$ 24.148,20
	KASSAR	08.261.900/0001-02	REALIZAÇÃO DE EXAME ENDOSCOPICA	3738 - 3739 - 3737 - 3745	26/05/2023	R\$ 1.600,00
	SOUZA & BOMPARD	33.561.981/0001-03	ACORDO JUDICIAL	3º PARCELA	26/05/2023	R\$ 5.500,00
	SINDESSAUDE	02.018.448/0001-68	RETENÇÕES FOPAG 04/2023	-	26/05/2023	R\$ 50.116,49
	PISTA TECNOLOGIA	37.571.269/0001-38	OK	108289	26/05/2023	R\$ 1.741,64
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0681-44	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	159731	26/05/2023	R\$ 523,19
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0001-83	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	954834	26/05/2023	R\$ 1.470,69
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0001-83	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	963921	26/05/2023	R\$ 971,42
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0681-44	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	160659	26/05/2023	R\$ 541,01
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0001-83	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	969250	26/05/2023	R\$ 6.478,38
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0681-44	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	161572	26/05/2023	R\$ 577,79
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0001-83	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	983627	26/05/2023	R\$ 4.878,61
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0681-44	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	164214	26/05/2023	R\$ 757,95
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0001-83	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	989036	26/05/2023	R\$ 6.384,25
	DIAGNOSTICO DA AMERICA	61.486.650/0681-44	EXAME DE HISTOPATOLOGIA	164991	26/05/2023	R\$ 707,92
	G S DE OLIVEIRA	13.721.601/0001-35	AQUISIÇÃO MENSAL DE PÃES P/NUTRIÇÃO	92	05/06/2023	R\$ 5.580,00
	FERNANDES SUPERMERCADOS	46.876.542/0003-95	GENEROS ALIMENTÍCIOS	1907-1895-1908-1883-1884	05/06/2023	R\$ 21.960,08
	KASSAR	08.261.900/0001-02	EXAMES ENDOSCÓPICO	3759	05/06/2023	R\$ 450,00
	MAC CORNICK SERVIÇOS MEDICOS LTDA	45.812.527/0001-59	PLANTÕES ABRIL - PSM	55	07/06/2023	R\$ 18.582,30
	RIOCLARENSE	67.729.178/0005-72	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS P/FÁRMACIA	110727-1733608	12/06/2023	R\$ 10.851,60
	RIOCLARENSE	67.729.178/0004-91	AQUISIÇÃO DE MATERIAIS P/ CME	1734080 - 110906	12/06/2023	R\$ 2.512,40
	SANTA CRUZ	94.516.671/0001-53	AQUISIÇÃO DE MATERIAIS P/ CME	724932	12/06/2023	R\$ 3.303,28
	MULTA RESCISÓRIA 40%			16635047333814982	16/06/2023	R\$ 1.699,39

TOTAL= R\$300.583,45

RECURSO PRÓPRIO R\$583,45

CORUMBÁ, 26 DE MAIO DE 2023

Eduardo Eloy
 Assistente Financeiro
 Associação Beneficente de Corumbá

EDUARDO ELOY

ASSISTENTE FINANCEIRO

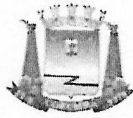
ARISTIDES NUNES DA SILVA FILHO

DIRETOR ADMINISTRADOR E FINANCEIRO

Milton Carlos de Melo
 Presidente da Junta Interventora Administrativa
 Decreto Nº 2.780, de 09 de maio de 2022
 Associação Beneficente de Corumbá

MILTON CARLOS DE MELO

PRESIDENTE DA JUNTA ADMINISTRATIVA



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TRIGÉSIMO TERCEIRO ADITIVO AO TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO
Nº 001/2021



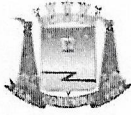
TRIGÉSIMO TERCEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2021 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CORUMBÁ/MS, POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – ABC, COM INTERVENIÊNCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES.

O **MUNICÍPIO DE CORUMBÁ/MS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua Gabriel Vandoni de Barros, nº 01, Bairro Dom Bosco, Corumbá/MS, inscrição no CNPJ sob nº 03.330.461/0001-10, na forma do art. 65, inciso VII, da Lei Complementar Municipal nº 96, de 02 agosto de 2006, neste ato representado pelo prefeito **Sr. Marcelo Aguilar Iunes**, brasileiro, casado, CPF/MF nº 497.268.541-72, portador do RG nº 24770734x SSP/MS, residente e domiciliado na Rua Ciriaco de Toledo, nº 2275, bairro Aeroporto, Corumbá/MS, por meio da **Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde de Corumbá/MS**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 03.330.461/0001-10, com sede na Rua Gabriel Vandoni de Barros, s/n – Bairro Dom Bosco, nesta cidade de Corumbá/MS, telefone (67) 3234-3513, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, **Beatriz Silva Assad**, brasileira, Assistente Social, inscrito no CPF nº 881.976.031-20, residente a Rua Marcílio Dias nº 537, bairro Centro, CEP 79.370-000, Ladário/MS, doravante denominado **MUNICÍPIO** e de outro lado a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – SANTA CASA DE CORUMBÁ**, inscrita no CNPJ nº 03.381.498/0001-78, com sede na Rua 15 de novembro nº 854, Centro, Corumbá/MS, neste ato representado pelo presidente da Junta Administrativa, instituído pelo Decreto Municipal nº 2.215, de 18 de novembro de 2019, **Sr. Milton Carlos de Melo**, brasileiro, portador do RG nº 355424 SSP/MS e inscrito no CPF nº 390.738.071-15, residente e domiciliado a Rua Salgado Filho nº 06, Bairro Santo Antônio Ladário/MS, doravante denominado **HOSPITAL**, com interveniência do **Estado de Mato Grosso do Sul**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob nº 15.412.257/0001-28, por meio da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 03.517.102/0001-77, situada no Bloco VI Parque dos Poderes – Campo Grande – Mato Grosso do Sul, neste ato representado pelo **Secretário de Estado de Saúde, Sr. Maurício Simões Corrêa**, brasileiro, médico, casado, portador do RG nº 113454 SSP/MS e inscrito no CPF/MF 860.214.867-49, residente e domiciliado na Rua Bogari, nº 690, Residencial Damha, Campo Grande/MS, doravante denominada **SECRETARIA**, que celebram o presente **TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 01/2021** para viabilizar a cooperação entre as partes no financiamento de serviços de saúde, mediante as cláusulas e condições seguintes:

P

Q

R



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DO FUNDAMENTO LEGAL: O presente instrumento é celebrado com fundamento na Constituição Federal, em especial em seus artigos 196 e seguintes; na Lei Complementar Federal nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal; na Lei Federal nº 8.666/1993, nas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e suas alterações (Leis Orgânica da Saúde); Decreto Federal nº 6.170/2007; Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU2016 (Regulamentação sobre Repasses Federais); Portaria de Consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017; o Decreto Estadual nº 11.261/2003; na Resolução nº 782/SES-MS/2007 e nas demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e alterações, mediante as seguintes Cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Repassar o valor de R\$ 300.000,00 (**Trezentos mil reais**) em parcela única para a Associação Beneficente de Corumbá, para atender custeio com ações e serviços de saúde.

1.2. Realizar Prestação de contas ao Município de Corumbá e Secretaria Municipal de Saúde após a utilização do recurso ou decorrido 2 (dois) meses da transferência do valor.

1.3. A Associação Beneficente de Corumbá deverá realizar publicação do recurso recebido com indicação de sítio eletrônico contendo:

- Forma de aplicação;
- Detalhamento dos valores recebidos e gastos;
- Fornecedores, e
- Descrição de materiais adquiridos e/ou serviços contratados.



CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos financeiros, do MUNICÍPIO, para execução dos valores repassados por meio do presente Termo Aditivo são provenientes do Fundo Municipal de Saúde, programados para o presente exercício, na seguinte classificação:

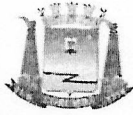
Órgão Orçamentário: 25.00 – Secretaria Municipal de Saúde.
Unidade Orçamentária: 25.91 – Fundo Municipal de Saúde.
25.91.10.302.101.2.691 – Gerenciamento de Conveniadas / Contratadas Ambulatorial e Hospitalar – DESENVOLVIMENTO Social.
Recurso Orçamentário: 102000
Recurso Financeiro: 1.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo tem sua vigência a contar da assinatura.

CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas que não foram expressamente alteradas por este Termo Aditivo, as quais permanecem como boas e valiosas tais como se encontram redigidas.



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO


O MUNICÍPIO providenciará a publicação do extrato do presente Termo de Contratualização no Diário Oficial do Município, em conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Corumbá, Estado de Mato Grosso do Sul, para dirimir questões sobre a execução do presente Termo e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelas PARTES.

E, por estarem, assim, justos e acordados, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.


Corumbá/MS, 24 de maio de 2023.


Marcelo Aguilar Iunes

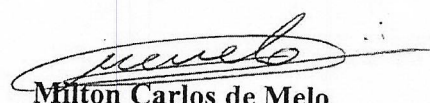
Prefeito de Corumbá/MS

Maurício Simões Corrêa

Secretário de Estado de Saúde


Beatriz Silva Assad

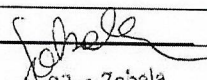
Secretário Municipal de Saúde


Milton Carlos de Melo

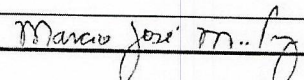
Presidente da Junta Administrativa da
Associação Beneficente de Corumbá

Testemunhas:

1.

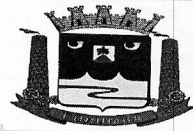

Adm. Sissy da Silva Zabala
Analista Governamental
Mat. 5534

2.


Marcio José Miranda Preza
Gerente de Gestão Estratégica
Portaria "P" nº 73, 20/01/2023



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



PLANO DE TRABALHO PARA UTILIZAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO À SANTA
CASA DE CORUMBÁ COMO FORMA DE MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS
TÉCNICOS E OPERACIONAIS



DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

VALOR

R\$ 300.000,00

CORUMBÁ – MS
MAIO/2023



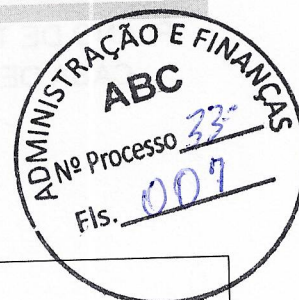
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



1.0 INTRODUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

ENTIDADE



Razão Social – Executor Associação Beneficente de Corumbá
Nome Fantasia Santa Casa de Corumbá
CNPJ 03.381.498/0001-78
Atividade Econômica Principal 86.10-1-01 Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
Endereço Rua XV de Novembro, nº. 854 – Centro
Cidade Corumbá – CEP 79.321-600
Cadastro Nacional De Estabelecimento De Saúde – CNES Nº. 2376334

REPRESENTANTE LEGAL DO PROPONENTE

Nome Completo Milton Carlos de Melo
Ato Legal de Designação Decreto nº. 2.781 de 09 de maio de 2022.
CPF 390.738.071-15
Atividade Econômica Principal Presidente da Junta Administrativa Interventora
Endereço Rua XV de Novembro, nº. 854 – Centro – Corumbá – MS

2.0 PROGRAMA: Investir na aquisição de medicamentos, insumos hospitalares, e demais ações e serviços de saúde no âmbito hospitalar para garantir o atendimento aos usuários do SUS em tempo oportuno e com qualidade.



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



3.0 BREVE HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

A Associação Beneficente de Corumbá, fundada em 13 de junho de 1904, é uma associação civil, beneficente, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica própria e que distinta de seus associados, nos exatos termos do artigo 1º, do Estatuto Social registrado sob o nº de ordem 542, do 4º Ofício de Notas da Comarca de Corumbá. Atualmente está sob intervenção municipal com a requisição de bens e serviços através do Decreto nº 2.308 de 18 de maio de 2020

A Santa Casa de Corumbá é o único estabelecimento hospitalar de saúde conveniado ao Sistema Único de Saúde na Região de Saúde de Corumbá. Atualmente atende as populações de Corumbá e Ladário com um total de 136.709 habitantes. E ainda há uma conurbação com Porto Suarez e Porto Quijarro municípios da Bolívia. Neste contexto passa-se a uma população de aproximadamente 150.000 pessoas. Cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob nº 2376334 possui 207 leitos sendo 181 destinados ao SUS. Responsável pelas internações e tratamentos em Média e Alta Complexidade, conta com Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, Maternidade, Pediatria e demais serviços hospitalares e ambulatoriais. Com a retomada de realização de cirurgias eletivas ocorre maior consumo de insumos e medicamentos gerando um aumento excessivo nas despesas. As internações que requeiram cuidados especializados e não disponíveis na instituição são solicitadas ao Sistema de Regulação Estadual sendo de responsabilidade da Santa Casa de Corumbá as transferências do paciente quando necessitada ambulâncias avançadas ou transferências aéreas com UTI.

4.0 DO PLANO

O Plano de Trabalho é um instrumento de ação de caráter emergencial que possui como intuito a construção de um instrumento para orientação e execução de assistência médica e cuidados com o paciente do SUS na aquisição de medicamentos e na despesa com ações e serviços de saúde.

5.0 DA JUSTIFICATIVA

A Associação Beneficente de Corumbá, denominada Santa Casa, localizada no município de Corumbá, é a única instituição hospitalar da região que atende o SUS, sendo referência de atendimento aos municípios de Corumbá, Ladário e cidades fronteiriças da Bolívia.

Destaca-se a flagrante dificuldade financeira que assola a Associação Beneficente de Corumbá-ABC o que dificulta sobremaneira a aquisição de medicamentos e insumos hospitalares destinados ao cuidado do paciente. Devido à inadimplência da instituição os principais fornecedores só aceitam fornecer medicamentos e materiais com o pagamento antecipado o que acarreta dificuldades no planejamento financeiro pois os recursos nem



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



sempre estão disponíveis. Somam-se a ainda o custeio dos demais serviços hospitalares como TFD, exames diagnósticos, e manutenção de equipamentos hospitalares.

6.0 OBJETIVO DO PLANO

Por meio do presente plano, a Santa Casa de Corumbá poderá:

- Garantir a continuidade dos serviços prestados pela Santa Casa de Corumbá aos usuários do SUS, em tempo oportuno e com qualidade respeitando o direito à saúde e à vida.

7.0 PÚBLICO ALVO

Toda a população abrangida pela Região de Saúde de Corumbá que necessitam do Sistema Único de Saúde.

8. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Fica convencionado que os repasses efetivados em virtude deste Plano de Trabalho, serão direcionados exclusivamente para aquisição de medicamentos, e custeio de ações e serviços de saúde.

TOTAL DE REPASSE NECESSÁRIO: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).

Detalhamento da Execução

Item	Objeto/Descrição	Mês de aplicação	Valor solicitado
1.	Custeio com ações e serviços de saúde.	maio	R\$ 300.000,00
	Total		R\$ 300.000,00

9. LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E AQUISIÇÕES

Os serviços serão executados na Associação Beneficente de Corumbá – Santa Casa, na Rua XV de Novembro, 854, Centro – Corumbá – MS.

10. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE





ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ – ABC
JUNTA ADMINISTRATIVA
GABINETE DA PRESIDÊNCIA



São de responsabilidade da Conveniada além daquelas obrigações constantes acima e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais, estaduais e municipais que regem o convênio, as seguintes:

- A. Prestar os serviços de saúde, de acordo com o estabelecido no convênio e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde – especialmente o disposto na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:
- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
 - II – Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a Conveniada por cobrança indevida feita por seu empregado ou p reposto;
 - III – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - IV – Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - V – Prestação de serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.
- B. Na prestação dos serviços, a Santa Casa de Corumbá deverá observar:
- I – Respeito aos direitos do paciente, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
 - II – Manutenção da qualidade da prestação de serviços;
 - III – garantia de sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

Corumbá, MS – 10 de maio de 2023.

MILTON
CARLOS DE MELO:3907
MELO:3907
3807115

Assinado digitalmente por MILTON
CARLOS DE MELO:3907202115
NO:CARLOS DE MELO:3907202115
SOLU:11/05/2023 10:10:10
879887000123.001
Verificação: OK-Certificado PP
At: CN=MILTON CARLOS DE
MELO:3907202115
Razão: Eu sou o autor desta
assinatura.
Local:Corumbá
Data: 2023.05.10 10:16:56 04'30"
Font: PDF Reader Versão: 12.0.1

Milton Carlos de Melo

Presidente de Junta Administrativa da ABC

Decreto n. 2.781 de 09 de maio de 2022.



MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS E ORÇAMENTO
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
6482
Código de Verificação de Autenticidade
39U2BXPXN
Data e Hora de Emissão da NFS-e
26/05/2023 às 12:30:16
Chave de Acesso
 12267918PSQOJYHGORVABIYD7GLQEDAP

Para certificação da autenticidade acesse
<http://nfse.corumba.ms.gov.br:8080/issweb/>,
 menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Não Incidência	Número do Processo	Município de Incidência do ISS CORUMBA-MS	Local da Prestação CORUMBA - MS
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 26/05/2023
Competência	Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui
Tipo ISS 01 - Não Possui	ISSQN		

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 03.381.498/0001-78	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 238500	Cadastro 000014449	Nome/Razão Social ASSOCIACAO BENEFICENTE DE CORUMBA
Logradouro RUA 15 DE NOVEMBRO, 854	Complemento	Bairro CENTRO		
CEP 79332-000	Cidade CORUMBA-MS	Telefone 673231-2441	E-mail hospital@pantanalnet.com.br	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 03.330.461/0001-10	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal corumba	Nome/Razão Social MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
Logradouro RUA GABRIEL VANDONI DE BARROS, 01	Complemento	Bairro DOM BOSCO	
CEP/Cod.Postal 79333-141	Cidade/País CORUMBA - MS	Cod. IBGE 5003207	Telefone 67 32343400
E-mail			

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	CONFORME CONTRATUALIZAÇÃO N° 01/2021	300.000,00	R\$ 300.000,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.03	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	5,00%	0000040000003			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 300.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 300.000,00	R\$ 0,00	2 - Não
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 300.000,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECURSO PRÓPRIO, 33º TERMO ADITIVO, EMPENHO 1139/2023

RECEBI(EMOS) DE ASSOCIACAO BENEFICENTE DE CORUMBA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 6482 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 39U2BXPXN.

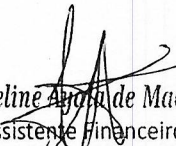
Data

CPF/RG

Assinatura

AGUILAR E SAGGIORATO			
NOTA FISCAL	EMISSÃO	PACIENTE	VALOR
961	27/03/2023	EMILIO SIMAO MEDINA	R\$ 7.200,00
962	27/03/2023	ALEXSSANDRA DE ARRUDA NOLASCO	R\$ 7.200,00
966	03/04/2023	JOAO BATISTA MARTINS	R\$ 7.200,00
967	03/04/2023	CHERLEI GOMES MACHADO	R\$ 7.200,00
968	04/04/2023	ATAIR DE CARVALHO	R\$ 7.200,00
			R\$ 36.000,00




 Jaqueline Ayala de Macedo
 Assistente Financeiro
 Santa Casa de Corumbá



MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA - MS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - NÚCLEO DE RECEITAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
961
Código de Verificação de Autenticidade
XZ2WHYCM6
Data e Hora de Emissão da NFS-e
27/03/2023 às 11:25:45
Chave de Acesso
153079410NRLIU19JOF7M7A9DVWBCEJE

Para certificação da autenticidade acesse
<http://pmaquidauana.rcmsuporte.com.br:8080/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AQUIDAUANA-MS	Local da Prestação AQUIDAUANA - MS
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 27/03/2023
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui	Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 10.432.670/0001-30	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000075424	Cadastro	Nome/Razão Social AGUILAR E SAGGIORATO LTDA
Logradouro RUA TEODORO RONDON, 120			Complemento	Bairro CENTRO
CEP 79200-000	Cidade AQUIDAUANA-MS		Telefone 0032411721	E-mail



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 03.381.498/0001-78	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 238500	Nome/Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBA
Logradouro RUA 15 DE NOVEMBRO, 854			Complemento
CEP/Cod.Postal 79330-000	Cidade/País CORUMBA - MS		Cod. IBGE
			Telefone 5003207
			E-mail contabilidadesantacasacorumba@gmail.com

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	REMOÇÃO EXTERNA PACIENTE: EMILIO SIMAO MEDINA HOSPITAL SANTA CASA CORUMBA X HOSPITAL SANTA CASA CAMPO GRANDE 24/03/2023 REMOÇÃO AVANÇADA	7.200,00	R\$ 7.200,00

APROPRIADO
28/03/23
✓

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.21	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
UNIDADE DE ATENDIMENTO, ASSISTENCIA OU TRATAMENTO MOVEL E CONGENERES.	5,00%	0000040000021	8621601		
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 7.200,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 7.200,00	R\$ 360,00	2 - Não
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 7.200,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE AGUILAR E SAGGIORATO LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 961 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO XZ2WHYCM6.

Data

CPF/RG

Assinatura



FICHA DE ATENDIMENTO URBANO

Tipo: ASB () ASA () Base: Nº Ocorrência: Data: 25/03 Percurso: () Ida () Volta

ID Usuário: Nome: Emilio Simões Matos Sexo: (X) M () F Data Nasc: 05/01/1970

Local origem: Santa Casa Rua: Nº: 1000

Cidade origem: Columba Hospital () TPA () Casa/Clinica/Outro

Local Destino: Santa Casa Rua: Nº: 1000

Cidade Destino: Compo Grande Hospital (X) Hospital () EA () Casa/Clinica/Outro

HORÁRIOS: Hr. Aclonamento: Saída da Base: 07:00 Chegada na Origem: Saída da Origem: 07:00

Chegada no Destino: Saída do Destino: Chegada na Base: Saída da Base:

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ORIGEM

FR: 18 FC: 94 PA: 100/70 SpO2: 100% Temperatura: 37,6

X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transfusão Médica

A: (X) Ar Ambiente () Cânula Orofaríngea () IOT () TQT () Colar Cervical

B: () Cateter (L/min) () Máscara N-Reinalante (L/min) () Máscara Venturi % (L/min) () Vent. Mec

C: Acesso Venoso: (X) Periférico () Central () PIC () Intra-osseo Perfusão Periférica: (X) Normal > 2s () Diminuído < 2s

Ritmo Cardíaco: () Sinusal (X) Outro () BAVT () PCR

Droga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)	Droga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)
() Noradrenalina			() Vasopressina		
() Dobutamina			() Fentanil		
() Nitroglicerina			() Midazolam		
() Nitroprussiato			() Outra (descrever):		

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: (X) Sim () Não () Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow: 15

E: () Trauma (Tipo e região) () Prevenção de Hipotermia

Comorbidades: () HAS () IDM () DPOC () Alergia () Diálise () Seg. AVC () IAM Prévio

Responsável origem: () Médico-CRM () Enfermeiro-COREN: 021573

Assinatura responsável da origem:

RELATÓRIO DA REMOÇÃO GD/HPMA/EX. FISIOLÓGICO/ EV. Med.

paciente bradicárdia, paciente estável no momento, fazendo uso de medicação, 70% de saturação de oxigênio, transferência para UTI durante o transporte. paciente estável, diz não ser alérgico a medicamentos, não sintoma, mas que fez uso de remédios há.

Drogas e Materiais Utilizados	QTD	Diluição	Vazão (ml/h)	Avaliação (mínimo a cada 2h)
1				Hr. FR. PA. FC. SpO2. T°
2				Check Dispositivo () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () D
3				Hr. FR. PA. FC. SpO2. T°
4				Check Dispositivo () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () D
5				Hr. FR. PA. FC. SpO2. T°
6				Check Dispositivo () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () D
7				Hr. FR. PA. FC. SpO2. T°
8				Check Dispositivo () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () D

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO DESTINO

FR: 16 FC: 27 PA: 94/70 SpO2: 94% Temperatura: 38,6

X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transfusão Médica

A: (X) Ar Ambiente () Cânula Orofaríngea () IOT () TQT () Colar Cervical

B: () Cateter (L/min) () Máscara N-Reinalante (L/min) () Máscara Venturi % (L/min) () Vent. Mec

C: Acesso Venoso: () Periférico () Central () PIC () Intra-osseo Perfusão Periférica: (X) Normal > 2s () Diminuído < 2s

Ritmo Cardíaco: () Sinusal (X) Outro () BAVT () PCR

Droga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)	Droga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)
() Noradrenalina			() Vasopressina		
() Dobutamina			() Fentanil		
() Nitroglicerina			() Midazolam		
() Nitroprussiato			() Outra (descrever):		

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: () Sim () Não () Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow: 15

E: () Trauma (Tipo e região) () Prevenção de Hipotermia

Documentos entregues no destino: () Guia Internação () Prescrição Médica () Relatório Médico () Guia Exames

() BBAR () Exames () Outros

Responsável destino: () Médico-CRM () Enfermeiro-COREN:

Assinatura responsável no destino:

Assinatura Equipe Remoção: Médico-CRM: _____ Ent. COREN: _____ Socorrista: _____


TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO: Recebi orientações referentes a remoção por esta ambulância para o destino sugerido, diante dos riscos a mim explicados, responsabilizando-me por quaisquer problemas em consequência de minha decisão.

() Aceito a remoção () Recuso a remoção

Nome: _____ RG: _____ Data: _____ Assinatura: _____

Identificação

Ficha
Padrão

Data 24/03/2023	Hora 11:41:56	
Macrorregião CAMPO GRANDE	Microrregião CORUMBA	
Unidade Solicitante CORUMBA - SANTA CASA	Município Corumbá	Nome da Mãe BARTOLA TORRES
Telefone (067) 32348974	Outros telefones 67-99663-7571-98119-4105- 67/32348981	Plano de Saúde Não: Não informado
Profissional Solicitante CESAR TADEU TERZI FERREIRA JUNIOR	CRM 011559	CRM Regulador Atual 009924
Nome do Paciente EMILIO SIMAO MEDINA	Nome Social	
Sexo Masculino	CNS 701404671377631	
Data de Nascimento 05/01/1939	Idade 84 anos 2 meses 19 dias	
Município do Paciente CORUMBÁ	Atendimento Preferencial	
PAD MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA	Médico Regulador Atual CAROLINA JORGE SEGANTINI	
Unidade de Regulação Atual CR DE CAMPO GRANDE		

Dados Clínicos

FICHA PADRÃO

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada

24/03/2023 11:41:56 - PAD - MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA

PA: 104 x 72 mmHg

FC: 37

FR: 16

Glasgow: 15

PACIENTE INTERNA DEVIDO BRADICARDIA, EM USO DE BETABLOQUEADOR, SENDO SUSPENSO O MESMO E AGUARDADO TEMPO DE ELIMINAÇÃO MEDICAMENTOSA. POREM PACIENTE SUSTENTA QUADRO DE BRADICARDIA, SEM REPERCUSSÃO CLÍNICA. NO MOMENTO PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA IMPLANTE DE MARCA-PASSO / #EX FIS: LOTE, CORADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO E ACINAÓTICO AR: MVUA, S/ RA ACV: RCR, 2T, BNF, S/S BRADICARDICO ABD: PLANO, FLÁCIDO, RHA+, S/ VMG, INDOLOR EXTREMIDADES: SEM EDEMAS PANTURRILHAS LIVRES, TEC < 3 SEG, PULSOS SIMÉTRICOS NEURO: ECG 15, PIFR, S/ RIGIDEZ DE NUCA / ECG, EXAMES LABORATORIAIS / TRANSFERENCIA

Dados Adicionais

[24/03/2023 às 11:55 por ISABELLA MARIA DE SOUZA BEZERRA DE CARVALHO] ATENÇÃO MÉDICO ASSISTENTE: ESCLARECER A HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL/PREGRESSA DO PCT. TEM COMORBIDADES PRÉVIAS? QUAL A QUEIXA NA ADMISSÃO? QUAL DA DATA DA ADMISSÃO NA UNIDADE? DX DE BRADICARDIA SINUSAL OU BAVT??? JÁ FOI AVALIADO PELO CARDIOLOGISTA? QUAIS MEDIDAS JÁ FORAM INSTITUÍDAS NA UNIDADE? ESTÁ INTERNADO EM QUAL SETOR? ANEXAR ECG ATUAL E DEMAIS EXAMES NO SISTEMA CORE.

[24/03/2023 às 14:40 por NELI COSTA DA COSTA] paciente internado dia 16/3 com quadro de fraqueza generalizada e queda do estado geral, sendo identificado DAVT ao eletrocardiograma é medidas adotadas foi a suspensão o uso do beta bloqueador que ele fazia uso, esta internado na UTI

[24/03/2023 às 16:21 por CAROLINA JORGE SEGANTINI CRM :009924] AUTORIZO PACIENTE PARA SANTA CASA. NIRENTE (DRA FERNANDA). SENHA DE REGULAÇÃO 2023/03 5789. POR GENTILEZA, DAR CIÊNCIA DE SENHA E DESTINO PARA FINALIZAÇÃO DE FICHA E INFORMAR NOME COMPLETO E CRM/MS DE MÉDICO DO TRANSPORTE. GRATA.

[24/03/2023 às 16:27 por NELI COSTA DA COSTA] CINTA DA VAGA E DESTINO, CRM 6835 DR EDURRO ALVES RIBEIRO

Arquivos

Arquivo	Descrição
doc346.pdf	exames laboratoriais ECG

Dados da Regulação

Nenhum histórico registrado

Procedimentos

CID 1
I442 - BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL

CID 2
não informado

REG - ISABELLA CARVALHO - CRM:008133
 PAD - MARCIANA OLIVEIRA
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 PAD - FERNANDA BORTOLETTO
 PAD - FERNANDA BORTOLETTO
 PAD - FERNANDA HOLLANDA - CRM 8257
 PAD - FERNANDA HOLLANDA - CRM 8257
 PAD - NELI COSTA
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 PAD - FERNANDA HOLLANDA - CRM 8257
 PAD - FERNANDA HOLLANDA - CRM 8257
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 PAD - NELI COSTA
 PAD - NELI COSTA
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924
 REG - CAROLINA SEGANTINI - CRM:009924

CR DE CAMPO GRANDE
 CORUMBA - SANTA CASA
 CR DE CAMPO GRANDE
 CAMPO GRANDE - HOSP UNIVERSITARIO
 CAMPO GRANDE - HOSP UNIVERSITARIO
 CAMPO GRANDE - SANTA CASA
 CAMPO GRANDE - SANTA CASA
 CORUMBA - SANTA CASA
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE
 CAMPO GRANDE - SANTA CASA
 CAMPO GRANDE - SANTA CASA
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE
 CORUMBA - SANTA CASA
 CORUMBA - SANTA CASA
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE
 CR DE CAMPO GRANDE

Ciente do Adendo
 Inseriu Arquivo
 Assumiu o caso
 Visualizou Solicitação
 Rejeitou Solicitação
 Visualizou Solicitação
 Rejeitou Solicitação
 Inseriu Adendo
 Ciente do Adendo
 Ciente do Adendo
 Encaminhou Solicitação
 Atualizou a ficha
 Visualizou Solicitação
 Rejeitou Solicitação
 Ciente do Adendo
 Inseriu adendo
 Ciente do Adendo
 Inseriu Adendo
 Ciente do Adendo
 Atualizou a ficha
 Finalizou a ficha

24/03/2023 11:57:57
 24/03/2023 12:01:47
 24/03/2023 13:33:30
 24/03/2023 14:25:39
 24/03/2023 14:25:51
 24/03/2023 14:38:00
 24/03/2023 14:38:12
 24/03/2023 14:40:12
 24/03/2023 14:46:23
 24/03/2023 14:50:47
 24/03/2023 14:51:02
 24/03/2023 14:51:03
 24/03/2023 14:52:24
 24/03/2023 14:52:38
 24/03/2023 14:53:02
 24/03/2023 16:21:13
 24/03/2023 16:27:53
 24/03/2023 16:27:53
 24/03/2023 16:31:11
 24/03/2023 16:31:38
 24/03/2023 16:31:38

ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
 ABC
 Nº Processo 33º
 Fls. 036

CAMPO GRANDE - SANTA CASA

Transferências

Usuário	Transferido para	Data/Hora	Justificativa
Não houve transferência de regulação.			

Indicações

Indicado Por	Indicado Para	Data/Hora
-	-	-

Resolução

Resolução
 A7 - ENCAMINHAMENTO DEFINIDO PELO MÉDICO REGULADOR

Unidade Receptora
 CAMPO GRANDE - SANTA CASA

Profissional Autorizador
 CAROLINA JORGE SEGANTINI

Município
 Campo Grande

Recomendado Transporte em UTI ou transferência com acompanhamento médico:
 Sim

CRM
 009924

Médico Acompanhante
 EDUARDO ALVES RIBEIRO

CRM
 6835

Data: 24/03/2023 **Hora:** 16:31:38

Observações
 [24/03/2023 às 16:21 POR CAROLINA JORGE SEGANTINI CRM :009924] AUTORIZO PACIENTE PARA SANTA CASA. NIR CIENTE (DRA FERNANDA). SENHA DE REGULAÇÃO 2023/03 5789. POR GENTILEZA, DAR CIÊNCIA DE SENHA E DESTINO PARA FINALIZAÇÃO DE FICHA E INFORMAR NOME COMPLETO E CRM/MS DE MÉDICO DO TRANSPORTE. GRATA. [24/03/2023 às 16:27 POR NELI COSTA DA COSTA] CINTE DA VAGA E DESTINO, CRM 6835 DR EDURRO ALVES RIBEIRO

Médico Regulador
 CAROLINA JORGE SEGANTINI

CRM
 009924

TARM
 NÃO SELECIONADO



MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA - MS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - NÚCLEO DE RECEITAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
962

Código de Verificação de Autenticidade
PMXEZ1G7Z

Data e Hora de Emissão da NFS-e
27/03/2023 às 11:36:19

Chave de Acesso
1530802JWNQWP5BQWELTEP4P82QDY70

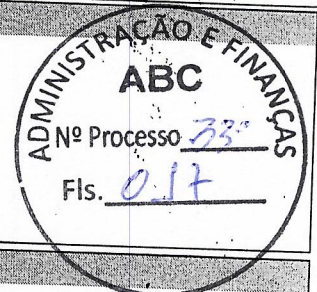
Para certificação da autenticidade acesse
<http://pmaquidauana.rcmsuporte.com.br:8080/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AQUIDAUANA-MS	Local da Prestação AQUIDAUANA - MS
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui	Competência 27/03/2023
			Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 10.432.670/0001-30	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000075424	Cadastro	Nome/Razão Social AGUILAR E SAGGIORATO LTDA
Logradouro RUA TEODORO RONDON, 120		Complemento	Bairro CENTRO	
CEP 79200-000	Cidade AQUIDAUANA-MS	Telefone 0032411721	E-mail	



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 03.381.498/0001-78	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 238500	Nome/Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBA
Logradouro RUA 15 DE NOVEMBRO, 854		Complemento	Bairro CENTRO
CEP/Cod.Postal 79330-000	Cidade/País CORUMBA - MS	Cod. IBGE	Telefone 5003207
			E-mail contabilidadesantacasacorumba@gmail.com

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	REMOÇÃO EXTERNA PACIENTE: ALEXSSANDRA DE ARRUDA NOLASCOTE HOSPITAL SANTA CASA CORUMBÁ X HOSPITAL MATERNIDADE CANDIDO MARIANO CAMPO GRANDE 25/03/2023 REMOÇÃO AVANÇADA	7.200,00	R\$ 7.200,00

APROPRIADO

28/03/23



Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 04.21				Construção Civil	
UNIDADE DE ATENDIMENTO, ASSISTENCIA OU TRATAMENTO MOVEL E CONGENERES.	Alíquota 5,00%	Atividade Município 0000040000021	Código CNAE 8621601	Código da Obra	Código ART
Valor Total dos Serviços R\$ 7.200,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 7.200,00	Total do ISS R\$ 360,00	ISS Retido 2 - Não
					Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	------------------	------------------	------------------------------

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 7.200,00

Informações Complementares

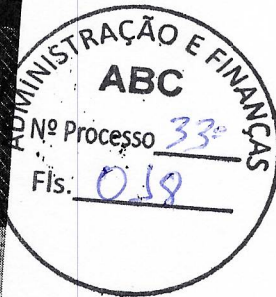
Val. Aprox. Tributos:

RECEBI(EMOS) DE AGUILAR E SAGGIORATO LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 962 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO PMXEZ1G7Z.

Data

CPF/IRG

Assinatura



CLÍNICA DE ATENDIMENTO URBANO

Tipo: ASB () ASA () Base. Nº Ocorrência: Data: 25/01/2014 Percorso: () Ida () Volta

ID Usuário-Nome: Alexandre de Lencastre N. Sexo: () M () F Data Nas: 25/11/1977 Tel:

Local origem: Zona casa Rua: (X) Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro

Cidade Origem: Coimbra Rua: (X) Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro

Local Destino: Condição médica Rua: (X) Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro

Cidade Destino: Campo Ouriel Rua: (X) Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro

HORÁRIOS: Hr. Acolhimento: Saída da Base: Chegada na Origem: Nº: Saída da Origem: Nº:

Chegada no Destino: Saída do Destino: Chegada na Base: Nº: Saída da Base: Nº:

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ORIGEM

Criticidade: () AVC Ag. () Dor Torácica Ag. () SEPSE () Abdome Ag. Data Inic. Sintomas: Tipo: Trauma () Clínico ()

FR: FC: PA: SpO2: Temperatura: Hr Inic. Sintomas:

X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transusão Médica

A: () Ar Ambiente () Cânula Orofaringea () IOT () IOT () Colar Cervical

B: () Catele: (L/min) () Máscara N Reinalante (L/min) () Máscara Venturi % (L/min) () Vent Mec

C: Acesso Venoso: () Periférico () Central () PIC () Intra-ósseo Perfusão Periférica: () Normal > 2s () Diminuído < 2s

Ritmo Cardíaco: () Sinusal () Outro

Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)	Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)
() Noradrenalina			() Vasopressina		
() Dobutamina			() Pantani		
() Nitroglicerina			() Midazolam		
() Nitroprusiato			() Outra (descreva):		

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: () Sim () Não () Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow:

E: () Trauma (Tipo e região)

Comorbidades: () HAS () DM () DPOC () Alergia () Prevenção de Hipotermia

Responsável origem: () Médico-CRM () Enfermeiro-COREN

Assinatura responsável da origem:

RELATÓRIO DA REMOÇÃO QDI/HPMA/EX FISIOL/EX Med:

SAMPLA OBS/EX: Enunciado: Paciente consciente, com comprometimento da boca, que não responde verbalmente, não responde a estímulos dolorosos, não responde a comandos verbais, com pupilas reagentes, com reflexos de defesa presentes, com saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente, com frequência cardíaca de 75 bpm, com pressão arterial de 100/60 mmHg, com temperatura de 36,5°C, com Glasgow de 15/15/15.

Drugas e Materiais Utilizados

QTD	Diluição	Vazão	Observações
1			Avaliação (mínimo a cada 2h)
2			Hr 13:40 FR: 23 PA: 109/119 FC: SpO2: 95%
3			Check Disposição: () IOT () IOT () Acesso Venoso () JSVD () JSNE () JVE
4			Hr 15:40 FR: 26 PA: 90/66 FC: 74 SpO2: 95%
5			Check Disposição: () IOT () IOT () Acesso Venoso () JSVD () JSNE () JVE
6			Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°
7			Check Disposição: () IOT () IOT () Acesso Venoso () JSVD () JSNE () JVE
8			Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO DESTINO

FR: FC: PA: SpO2: Temperatura: Hr Inic. Sintomas: Tipo: Trauma () Clínico ()

X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transusão Médica

A: () Ar Ambiente () Cânula Orofaringea () IOT () IOT () Colar Cervical

B: () Catele: (L/min) () Máscara N Reinalante (L/min) () Máscara Venturi % (L/min) () Vent Mec

C: Acesso Venoso: () Periférico () Central () PIC () Intra-ósseo Perfusão Periférica: () Normal > 2s () Diminuído < 2s

Ritmo Cardíaco: () Sinusal () Outro

Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)	Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)
() Noradrenalina			() Vasopressina		
() Dobutamina			() Pantani		
() Nitroglicerina			() Midazolam		
() Nitroprusiato			() Outra (descreva):		

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: () Sim () Não () Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow:

E: () Trauma (Tipo e região)

Documentos entregues no destino: () Guia Internação () Prescrição Médica () Relatório Médico () Guia Exames

() SBAR () Exames () Outros

Responsável destino: () Médico-CRM () Enfermeiro-COREN

Assinatura responsável no destino:

Assinatura Equipe Remoção: Médico-CRM: Ent. COREN: Socorrista:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO: Recebi o diagnóstico referente à remoção por esta ambulância para o destino sugerido, ciente dos riscos e implicações, responsabilizando-me por quaisquer problemas em consequência de minha decisão.

() Assinto a remoção () Recuso a remoção



Ficha Gestante

Identificação

Data 25/03/2023	Hora 14:46:19	
Macrorregião CAMPO GRANDE	Microrregião CORUMBÁ	
Unidade Solicitante CORUMBA - SANTA CASA	Município Corumbá	
Telefone (067) 32348981	Outros telefones	
Profissional Solicitante CARLOS CAMPOS DE FIGUEIREDO	CRM 2520	
Nome do Paciente ALEXSSANDRA DE ARRUDA NOLASCO	Nome Social	Nome da Mãe JUCILENE GONCALVES NOLASCO
Sexo Feminino	CNS 702407570332420	Plano de Saúde Não: Não informado
Data de Nascimento 25/09/1988	Idade 34 anos 6 meses	CRM Regulador Atual 011117
Município do Paciente CORUMBÁ	Médico Regulador Atual LARISSA ALVES DA COSTA	
PAD VANESSA ORTEGA DE CASTRO		
Unidade de Regulação Atual CR DE CAMPO GRANDE		

Dados Clínicos

FICHA GESTANTE

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada
25/03/2023 14:46:19 - PAD - VANESSA ORTEGA DE CASTRO

Dados da Gestação

Gestações 2	Partos 1	Abortos 0	Cesárea 0	Tipo Sanguíneo
-----------------------	--------------------	---------------------	---------------------	-----------------------

Idade Gestacional

IG - US 0 Semana(s) 0 Dia(s)	D.U.M 0	IG - DUM 0 Semana(s) 0 Dia(s)
--	-------------------	---

Exame Físico Geral

FC 87	FR 18	PA 120 x 70 mmHg	Peso 0 kg	Edema Não
-----------------	-----------------	----------------------------	---------------------	---------------------

Exame Obstétrico

A.U 0	Contração Uterina Ausente	Bolsa Rota - 0	Líquido Amniótico L.C.C.G.	Colo	Dilatação 0 cm
-----------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------	--------------------------

Quadro Clínico

2º GESTAÇÃO - 1PN / DUM - 25-08-2022- / DPP 24-04-2023/IG-CR- 30 SEM 2D / -IG-US-31SEM- 1D(USG-01-03-2023-IG -27SEM 5D) /AU -30CM /-BCF-144 RITMICO /- MOVIMENTO FETAL +/-DU:AUSENTE -TÔNUS-UTERINO-FISIOLÓGICO/PA 120/70;T36,2°C,STA98%AA,FC 87BPM. PACIENTE REFERE QUE DESDE AS 04 HORA DESTA MADRUGADA TEM ENTIDO VAGINA MOLHADA ,NEGA PERDA DE SANGUE .NEGA PROBLEMAS NA GESTAÇÃO .NEGA PATOLOGIAS,VICIOS,TRANSFUSÕES ,IST, CONVULSÃO ,DESMALIO,DEPRESSAO ,ALERGIA A MEDICAÇÕES OU OUTRAS:COMORBIDADES .FAMILIA -NEGA PATOLOGIAS,PARCEIRO SEM PROBLEMAS DE SAÚDE PACIENTE EM BEG CORADA,HIDRATADA AFEBRIL,EUPNEICA,ACIANÓTICA , ANICTÉRICA .ABDÔMEN FLÁCIDO SEM VISCEROMEGALIA , SEM DOR A PALPAÇÃO OU A DESCOMPRESSÃO BRUSCA .GIORDANO:NEGATIVO .COLO AMOLECIDO ,CENTRALIZADO , IMPÉRVIO , GROSSO /MÉDIO .AO TOQUE , SE OBSERVA SAIDA DE LIQUIDO AMNIÓTICO,CLASO EM GRUMOS, EM ODOR FETIDO.NÃO HÁ PERDA DE SANGUE. .TRANSFERÊNCIA POR RISCO DE PARTO PREMATURO HD - PREMATURIDADE FETAL AMNIORREXE PREMATURA ABDÔMEN TOTAL , E OBTÉTRICO CD- PEÇO VAGA POR FALTA DE UTI NEONATAL EM CORUMBÁ .PEÇO VAGA DENTRO DAS POSSIBILIDADES DOS SERVIÇOS DE REFRÊNCIA . NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA COM UTI TERRESTRE

Ultrassom

Cardiotocografia

Patologias Prévias/Atuais

BCF Movimentos Fetais

Apresentação

Feto 1 0

ut:blank

27/03/2023, 16:09

Feto 2 0

Feto 3 0

**Dados Adicionais**

[25/03/2023 às 14:46 por Adendo automático] Ficha pendente
 [25/03/2023 às 16:10 por NELI COSTA DA COSTA] ALEXSSANDRA DE ARRUDA NOLASCO 34 anos 2º gesta ig 27sem 5d) bcf144
 ritmico / movimento fetal +paciente refere que desde as 04 hora ,nega perda de sangue .nega problemas na gestação .nega patologias,
 alergica a medicações ,ou outras: comorbidades .paciente em BEG corada,hidratada ,afebril,eupneica,acianótica , anictérica .abdômen
 flácido sem visceromegalia , sem dor a palpação ou a descompressão brusca .colo amolecido ,centralizado , impérvio , grosso /médio .ao
 toque , se observa saída de liquido amniótico,claso em grumos,paciente comrisco de parto prematuro PA 120/70; TAX36,2°C, SPO2 98%
 fc87bpm.
 [25/03/2023 às 16:27 por LARISSA ALVES DA COSTA CRM :011117] Paciente aceita pela Maternidade Candido Mariano, senha
 2023/03/6093/****. Favor dar ciência da autorização, nome e CRM do médico transportador. Grata
 [25/03/2023 às 16:56 por NELI COSTA DA COSTA] ciencia da vaga e destino , CRM3973 . dr. Carlos c. Figueiredo
 [25/03/2023 às 17:01 por LARISSA ALVES DA COSTA CRM :011117] Por favor, confirmar nome e CRM do médico transportador e
 qual estado de origem do CRM.
 [25/03/2023 às 17:25 por NELI COSTA DA COSTA]Cienteda vaga e destino , CRM 2520 . dr. Carlos c. Figueiredo
 [25/03/2023 às 17:26 por NELI COSTA DA COSTA] ciencia da vaga e destino , CRM 2520/RQE 3973 MS . dr. Carlos c. Figueiredo

Arquivos

Nenhum arquivo encontrado

Dados da Regulação

Nenhum histórico registrado

Procedimentos

CID 1
O429 - RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, NÃO ESPECIFICADA

CID 2
não informado

1º Recurso

Especialidade - OBSTETRÍCIA

Justificativa dos Recursos solicitados

Adendo:[25/03/2023 14:46:19]

CORUMBÁ NÃO TEM UTI NEONATAL -HD AMNIORREXE PREMATURA + PREMATURIDADE FETAL

Prioridade de atendimento: 1 - Resolver em 30 minutos

Busca de Recursos

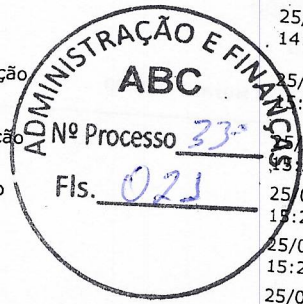
Unidade Receptora	Data de Contato	Médico Receptor	Vaga Cedida?
CAMPO GRANDE - HOSP MAT CANDID	25/03/2023 14:49:45	CRM: 010963 - LARISSA MICHELLIS	Sim
Observação/Justificativa: VAGA ACEITA.			
Unidade Receptora	Data de Contato	Profissional Receptor	Vaga Cedida?
CAMPO GRANDE - SANTA CASA	25/03/2023 14:49:31	CRM: 010996 - NAIÁDE DE PAIVA SOARES	NÃO
Observação/Justificativa: NEGADO. PS ACIMA DA CAPACIDADE, EXCEDE A CAPACIDADE DE ATENDIMENTO COM RISCO DE DESASSISTÊNCIA. CONFORME OFÍCIO DT/NIR nº1111/2023 E 112/2023 ABCG			
Unidade Receptora	Data de Contato	Profissional Receptor	Vaga Cedida?
CAMPO GRANDE - HOSP. REGIONAL	25/03/2023 14:49:34	CRM: 001967 - ADOLFO JOSE CHANG JIMENEZ	NÃO
Observação/Justificativa: NEGADO. CENTRO OBSTÉTRICO ACIMA DA CAPACIDADE INSTALADA (COM 13 PACIENTES E CAPACIDADE PARA 10). SEM VAGAS NA UTI NEONATAL E UIN.			

Histórico

Solicitante	Unidade	Ação	Unidade para	Data/Hora
PAD - VANESSA CASTRO	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu a ficha		25/03/2023 14:46:19

Impressão de Ficha | Gestante

REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Assumiu o caso	CAMPO GRANDE - SANTA CASA	25/03/2023 14:49:25
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Encaminhou Solicitação	CAMPO GRANDE - HOSP. REGIONAL	25/03/2023 14:49:31
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Encaminhou Solicitação	CAMPO GRANDE - HOSP. REGIONAL	25/03/2023 14:49:34
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Encaminhou Solicitação	CAMPO GRANDE - HOSP. UNIVERSITARIO	25/03/2023 14:49:38
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Encaminhou Solicitação	CAMPO GRANDE - MATERNIDADE CÂNDIDO MARIANO	25/03/2023 14:49:45
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		25/03/2023 14:49:46
PAD - TAMIRES SANTOS	CAMPO GRANDE - MATERNIDADE CÂNDIDO MARIANO	Visualizou Solicitação		25/03/2023 14:09:16
PAD - ADOLFO JIMENEZ - CRM 1967	CAMPO GRANDE - HOSP. REGIONAL	Visualizou Solicitação		25/03/2023 15:27:13
PAD - ADOLFO JIMENEZ - CRM 1967	CAMPO GRANDE - HOSP. REGIONAL	Rejeitou Solicitação		25/03/2023 15:27:47
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Ciente do Adendo		25/03/2023 15:28:35
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		25/03/2023 16:09:02
PAD - NELI COSTA	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Adendo		25/03/2023 16:10:27
PAD - TAMIRES SANTOS	CAMPO GRANDE - MATERNIDADE CÂNDIDO MARIANO	Aceitou Solicitação		25/03/2023 16:23:05
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Inseriu adendo		25/03/2023 16:27:48
PAD - NELI COSTA	CORUMBA - SANTA CASA	Ciente do Adendo		25/03/2023 16:56:30
PAD - NELI COSTA	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Adendo		25/03/2023 16:56:30
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Ciente do Adendo		25/03/2023 16:58:43
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Inseriu adendo		25/03/2023 17:01:08
PAD - NAIADE SOARES - CRM 010996	CAMPO GRANDE - SANTA CASA	Visualizou Solicitação		25/03/2023 17:07:17
PAD - NAIADE SOARES - CRM 010996	CAMPO GRANDE - SANTA CASA	Rejeitou Solicitação		25/03/2023 17:07:24
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Ciente do Adendo		25/03/2023 17:10:27
PAD - NELI COSTA	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Adendo		25/03/2023 17:25:53
PAD - NELI COSTA	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Adendo		25/03/2023 17:26:51
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Ciente do Adendo		25/03/2023 17:28:34
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		25/03/2023 17:29:00
REG - LARISSA COSTA - CRM:011117	CR DE CAMPO GRANDE	Finalizou a ficha		25/03/2023 17:29:00



Usuário	Transferido para	Data/Hora	Justificativa
	Não houve transferência de regulação.		

Indicado Por	Indicado Para	Data/Hora

Resolução	Município
1 - FLUXOS E PACTOS HABITUAIS	
Maternidade Receptora	
CAMPO GRANDE - HOSP MAT CANDID	



27/03/2023, 16:09

Profissional Autorizador
LARISSA MICHELLIS

CRM
010963

Recomendado Transporte em UTI ou transferência com acompanhamento médico:

Sim CRM
2520

Médico Acompanhante
CARLOS CAMPOS DE FIGUEIREDO

Data: 25/03/2023 **Hora:** 17:29:00

Observações

[25/03/2023 às 16:27 POR LARISSA ALVES DA COSTA CRM :011117] PACIENTE ACEITA PELA MATERNIDADE CANDIDO MARIANO, SENHA 2023/03/6093/***. FAVOR DAR CIÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO, NOME E CRM DO MÉDICO TRANSPORTADOR. GRATA [25/03/2023 às 16:56 POR NELI COSTA DA COSTA] CIENCIA DA VAGA E DESTINO , CRM3973 . DR. CARLOS C. FIGUEIREDO [25/03/2023 às 17:01 POR LARISSA ALVES DA COSTA CRM :011117] POR FAVOR, CONFIRMAR NOME E CRM DO MÉDICO TRANSPORTADOR E QUAL ESTADO DE ORIGEM DO CRM. [25/03/2023 às 17:25 POR NELI COSTA DA COSTA]CIENCIA DA VAGA E DESTINO , CRM 2520 . DR. CARLOS C. FIGUEIREDO

CRM
011117

Médico Regulador
LARISSA ALVES DA COSTA

TARM
NÃO SELECIONADO

FINALIZAÇÃO

Data: 25/03/2023 **Hora:** 17:29:00

Fechar

Imprimir



MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA - MS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - NÚCLEO DE RECEITAS
 NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



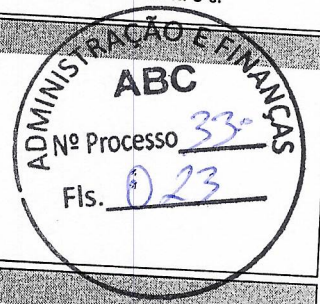
Número da NFS-e
966
 Código de Verificação de Autenticidade
XPTNDN303
 Data e Hora de Emissão da NFS-e
03/04/2023 às 14:24:08
 Chave de Acesso
1532544147R1QBR8N695XEHYZKHQEQC1
 Para certificação da autenticidade acesse
<http://pmaquidauana.rcmsuporte.com.br:8080/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AQUIDAUANA-MS	Local da Prestação AQUIDAUANA - MS
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui	Competência 03/04/2023
			Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 10.432.670/0001-30	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000075424	Cadastro	Nome/Razão Social AGUILAR E SAGGIORATO LTDA
Logradouro RUA TEODORO RONDON, 120	CEP 79200-000	Cidade AQUIDAUANA-MS	Telefone 0032411721	Complemento
			Bairro CENTRO	E-mail



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 03.381.498/0001-78	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 238500	Nome/Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBA
Logradouro RUA 15 DE NOVEMBRO, 854	CEP/Cod.Postal 79330-000	Cidade/País CORUMBA - MS	Complemento
			Bairro CENTRO
			Cod. IBGE
			Telefone 5003207
			E-mail contabilidadesantacasacorumba@gmail.com

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	REMOÇÃO EXTERNA PACIENTE: JOAO BATISTA MARTINS HOSPITAL SANTA CASA CORUMBÁ X HOSPITAL SANTA CASA CAMPO GRANDE 30/03/2023 REMOÇÃO AVANÇADA	7.200,00	R\$ 7.200,00

APROPRIADO
 12/04/23
 ✓

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

C 116/2003: 04.21				Construção Civil		
NATUREZA DE ATENDIMENTO, ASSISTENCIA OU TRATAMENTO MOVEL E CONGENERES.				Alíquota 5,00%	Atividade Município 0000040000021	Código CNAE 8621601
Valor Total dos Serviços \$ 7.200,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 7.200,00	Total do ISS R\$ 360,00	ISS Retido 2 - Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00
Retenções de Impostos						
COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00		
Valor Líquido da NFS-e: R\$ 7.200,00						Val. Aprox. Tributos:
Informações Complementares						

RECEBI(EMOS) DE AGUILAR E SAGGIORATO LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 966 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO XPTNDN303.

Data _____ CPF/RG _____ Assinatura _____

Local origem: Santa Casa Sexo: M () F Data Nasc.: 6/4/71 Tel: _____
 Cidade Origem: Camambaro - MS Rua: _____ Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro N° _____
 Local Destino: Santa Casa Rua: _____ Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro N° _____
 Cidade Destino: Camambaro - MS Rua: _____ Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro N° _____
 HORÁRIOS: Hr. Acionamento: _____ Salda da Base: 8:30 Chegada na Origem: 16:00 Saída da Origem: 16:20
 Chegada no Destino: 21:30 Saída do Destino: 22:10 Chegada na Base: 22:30 Saída da Base: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ORIGEM Data: _____ Hora: _____ Tipo: Trauma () Clínico
 Criticidade: () AVC Ag. () Dor Torácica Ag. () SEPSIS () Abdome Ag. Data Inic. Sintomas: _____ Hr Inic. Sintomas: _____
 FR: _____ FC: 13 PA: 109/72 SpO2: 99% Temperatura: 36,1

X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transfusão Maciça
 A: () Ar Ambiente () Cânula Orofaríngea IOT () TQT () Colar Cervical
 B: () Cateter _____ (L/min) () Máscara N Reinalante _____ (L/min) () Máscara Venturi _____ % _____ (L/min) () Vent. Mec.
 C: Acesso Venoso: Periférico () Central () PIC () Intra-ósseo Perfusão Periférica: Normal > 2s () Diminuído < 2s
 Ritmo Cardíaco: Sinusal () Outro

Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)	Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)
<input checked="" type="checkbox"/> Noradrenalina			() Vasopressina		
() Dobutamina			<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil		
() Nitroglicerina			() Midazolam		
() Nitropussiato			() Outra (descrever):		

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: Sim () Não Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow: _____
 E: () Trauma (Tipo e região) _____
 Comorbidades: () HAS () DM () DPOC () Alergia Nega Prevenção de Hipotermia
 Responsável origem: _____ () Médico-CRM: _____ () Enfermeiro-COREN: _____

Assinatura responsável da origem: _____ () Médico-CRM: _____ () Enfermeiro-COREN: _____

RELATÓRIO DA REMOÇÃO QD/HPMA/Ex. FÍSICO/Ev. Med.: Exatoma: subclavicular 7 AVC
Este admitido em VM, IOT desde o momento de chegada em uso de medicação com bomba: Midazolam - Fentanil e plasma de SF 99%. Transporte com imobilizadores. Transferência sem intercorrências. Foi monitorado a sedação. Monitorização SAMPLA/OBS/Ev. Enf.: constante. Foi nega um 2º acesso venoso periférico. Peste entregue em sala de adm. da Santa Casa de ES. SSVU estavim junto a madre do paciente. No transporte veio um familiar

Drugas e Materiais Utilizados	QTD	Diluição	Vazão ml/h	Avaliação (mínimo a cada 2h)
1 Midazolam		5 ml/h		Hr: FR: <u>18</u> PA: <u>120/80</u> FC: <u>68</u> SpO2: _____
2 Fentanil		5 ml/h		Check Dispositivo: <input checked="" type="checkbox"/> IOT () TQT <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> SVD () SNE () DVE
3				Hr: FR: <u>19</u> PA: <u>110/76</u> FC: <u>69</u> SpO2: <u>99%</u> T°: <u>35,6</u>
4 SF 0,9 90	2000 ml			Check Dispositivo: <input checked="" type="checkbox"/> IOT () TQT <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> SVD () SNE () DVE
5				Hr: FR: <u>15</u> PA: <u>111/78</u> FC: <u>71</u> SpO2: _____ T°: _____
6				Check Dispositivo: <input checked="" type="checkbox"/> IOT () TQT <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> SVD () SNE () DVE
7				Hr: FR: _____ PA: _____ FC: _____ SpO2: _____ T°: _____
8				Check Dispositivo: () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () DVE

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO DESTINO Data: _____ Hora: _____
 FR: 15 FC: 73 PA: _____ SpO2: 91,6% Temperatura: _____
 X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transfusão Maciça
 A: () Ar Ambiente () Cânula Orofaríngea IOT () TQT () Colar Cervical
 B: () Cateter _____ (L/min) () Máscara N Reinalante _____ (L/min) () Máscara Venturi _____ % _____ (L/min) () Vent. Mec.
 C: Acesso Venoso: Periférico () Central () PIC () Intra-ósseo Perfusão Periférica: Normal > 2s () Diminuído < 2s
 Ritmo Cardíaco: Sinusal () Outro

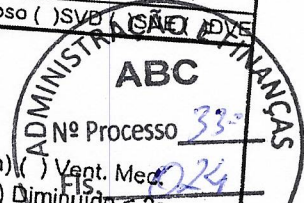
Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)	Druga	Diluição (mg x ml)	Vazão (ml/h)
<input checked="" type="checkbox"/> Noradrenalina			() Vasopressina		
() Dobutamina		5 ml/h	<input checked="" type="checkbox"/> Fentanil		
() Nitroglicerina			() Midazolam		
() Nitropussiato			() Outra (descrever):		

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: Sim () Não Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow: _____
 E: () Trauma (Tipo e região) _____
 Documentos entregues no destino: Guia Internação () Prescrição Médica Relatório Médico () Guia Exames
 Responsável destino: _____ () Médico-CRM: _____ () Enfermeiro-COREN: _____

Assinatura responsável no destino: Amanda Médico-CRM: _____ () Enfermeiro-COREN: _____

Assinatura Equipe Remoção: Médico-CRM: _____ Enf. COREN: _____
 Médico Socorrista:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO: Recebi orientações referente a remoção por esta ambulância para o destino sugerido, ciente dos riscos a mim explicados, responsabilizando-me por quaisquer problemas em consequência de minha decisão.
 () Aceito a remoção () Recuso a remoção





Identificação

Data 29/03/2023	Hora 10:51:01	
Macrorregião CAMPO GRANDE	Microrregião CORUMBÁ	
Unidade Solicitante CORUMBA - SANTA CASA	Município Corumbá	
Telefone (067) 32348974	Outros telefones 67/99663-7571/32348981 NIR 81194105-	
Profissional Solicitante EDUARDO ALVES RIBEIRO	CRM 6835	
Nome do Paciente JOAO BATISTA MARTINS	Nome Social	
Sexo Masculino	CNS	
Data de Nascimento 24/06/1958	Idade 64 anos 9 meses 5 dias Atendimento Preferencial	
Município do Paciente LADÁRIO	Médico Regulador Atual JAMILY CAETANO FERREIRA MALUF	
PAD MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA	CRM Regulador Atual 011918	
Unidade de Regulação Atual CR DE CAMPO GRANDE	Nome da Mãe MARIA MICAELA ESQUER	
	Plano de Saúde Não: Não informado	

Dados Clínicos

FICHA PADRÃO

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada

29/03/2023 10:51:01 - PAD - MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA

PA: 110 x 70 mmHg

FC: 57

FR: 14

Glasgow: 13

PACIENTE DE 64 ANOS COM O QUADRO CLINICO ARRASTADO DE DESORIENTAÇÃO E IRRITABILIDADE, EVOLUINDO COM INAPETENCIA HA 03 DIAS TRAZIDO AO PRONTO SOCORRO, REALIZADO TC DE CRANIO COM ACHADO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO A DIREITA, MEDINDO 37,7 MM ESPESSURA MAXIMA, COM DESVIO DE LINHA MEDIA, A ESQUERDA, MEDINDO 15,2 MM / GLASGOW 13 (3+4+6) ESTAVEL MVUF +S/RA ABDOMEN E EXTRAMIDADES INOCENTES, DIFICIL AVALIAÇÃO DE DEFICIT MOTOR DEVIDO AGITAÇÃO PSICOMOTORA / TC, EXAMES LABORATORIAS / TRANSFERENCIA

Dados Adicionais

[29/03/2023 às 11:03 por JAMILY CAETANO FERREIRA MALUF] VAGA AUTORIZADA A SANTA CASA. NIR MIRIAN CIENTE. ***SENHA CORE 2023/03 7051 ***. POR GENTILEZA INFORMAR CIÊNCIA E NOME E CRM/MS DO MÉDICO DO TRANSPORTE PARA FINALIZAR.

[29/03/2023 às 11:12 por MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA] CIENTE DA SENHA E DESTINO CRM 6835 DR EDUARDO ALVES RIBEIRO MEDICO DO TRANSPORTE

Arquivos

Arquivo	Descrição
doc347.pdf	LAUDO DE TC, EXAMES LABORATORIAIS

Dados da Regulação

Nenhum histórico registrado

Procedimentos

CID 1
I620 - HEMORRAGIA SUBDURAL (AGUDA) (NÃO-TRAUMÁTICA)

CID 2
não Informado

1º Recurso

Especialidade - NEUROCIRURGIA

Justificativa dos Recursos solicitados

Adendo:[29/03/2023 10:51:01]

PACIENTE COM NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO PELA NEUROCIRURGIA, ESPECIALIDADE NAO DISPONIVEL EM NOSSO MUNICIPIO



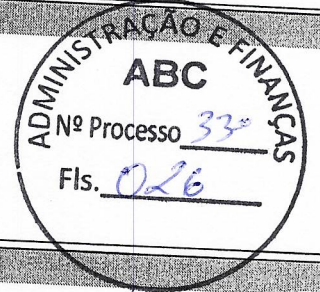
MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA - MS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - NÚCLEO DE RECEITAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
967
Código de Verificação de Autenticidade
9MKCNOG51
Data e Hora de Emissão da NFS-e
03/04/2023 às 14:30:11
Chave de Acesso
1532549NOM887S3P527XZQLNKX876NEJ
 Para certificação da autenticidade acesse
<http://pmaquidauana.rcmsuporte.com.br:8080/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais				
Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AQUIDAUANA-MS	Local da Prestação AQUIDAUANA - MS	
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência 03/04/2023
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui		Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ 10.432.670/0001-30	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000075424	Cadastro	Nome/Razão Social AGUILAR E SAGGIORATO LTDA
Logradouro RUA TEODORO RONDON, 120			Complemento	Bairro CENTRO
CEP 79200-000	Cidade AQUIDAUANA-MS		Telefone 0032411721	E-mail



TOMADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ/Documento 03.381.498/0001-78	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 238500		Nome/Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBA
Logradouro RUA 15 DE NOVEMBRO, 854			Complemento	Bairro CENTRO
CEP/Cod.Postal 79330-000	Cidade/País CORUMBA - MS		Cod. IBGE 5003207	Telefone E-mail contabilidadesantacasacorumba@gmail.com

Discriminação dos Serviços				
Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	REMOÇÃO EXTERNA PACIENTE: CHERLEI GOMES MACHADO HOSPITAL SANTA CASA CORUMBÁ X HOSPITAL MATERNIDADE CANDIDO MARIANO CAMPO GRANDE 03/04/2023 REMOÇÃO AVANÇADA	7.200,00	R\$ 7.200,00

APROPRIADO
 12/04/23
 ✓

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS				
LC 116/2003: 04.21				
UNIDADE DE ATENDIMENTO, ASSISTENCIA OU TRATAMENTO MOVEI E CONGENERES.				
Valor Total dos Serviços R\$ 7.200,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 7.200,00	Total do ISS R\$ 360,00
			Alíquota 5,00%	Atividade Município 0000040000021
			Código CNAE 8621601	Construção Civil
			Código da Obra	Código ART
			ISS Retido 2 - Não	Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos				
PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00
				Outras Retenções R\$ 0,00
Valor Líquido da NFS-e: R\$ 7.200,00				

Informações Complementares Val. Aprox. Tributos:

RECEBI(EMOS) DE **AGUILAR E SAGGIORATO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **967** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **9MKCNOG51**.

Data _____ CPF/RG _____ Assinatura _____

Tipo: SBA ASA Base: ASA
 ID Usuário: Chantal G. P. Machado N° Ocorrência: 02/03/23
 Local origem: Soma, Ceará Sexo: M F Data Nasc: 26/08/82 Percuro: Ida Volta
 Cidade origem: Quimboa, MS Rua: Hosp. Mat. Candido Mariano y Hospital PA Casa/Clinica/Outro
 Local Destino: Hosp. Mat. Candido Mariano y Hospital PA Casa/Clinica/Outro
 Cidade Destino: Quimboa Grande, MS Rua: Hosp. Mat. Candido Mariano y Hospital PA Casa/Clinica/Outro

HORÁRIOS: Hr. Acionamento: 13:00 Saída da Base: 14:00 Chegada na Origem: 19:10 Saída da Origem: 19:30
 Chegada no Destino: 00:40 Saída do Destino: 14:00 Chegada na Base: 19:30

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ORIGEM
 Criticidade: AVC Ag. Dor Torácica Ag. SEPSE Abdome Ag. Data: 02/03/23 Hora: 23:00 Tipo: Traumático Clínico
 FR: 150 FC: 80 PA: 120/70 SpO2: 98% Temperatura: 36,2°C Hr Inic. Sintomas:
 X: Hemorragia Externa Grave Protocolo de Transfusão Maciça
 A: Ar Ambiente Cânula Orofaringea IOT TQT Colar Cervical
 B: Cateter (L/min) Máscara N Reinalante (L/min) Máscara Venturi % (L/min) Vent. Mec.
 C: Acesso Venoso: Periférico Central PIC Intra-ósseo Perfusão Periférica: Normal > 2s Diminuído < 2s
 Ritmo Cardíaco: Sinusal Outro BAVT PCR

D: Pupilas: Isocóricas Fotorreagente: Sim Não Inconsciente Agitado Confuso Torporoso Glasgow: 15
 E: Trauma (Tipo e região) Prevenção de Hipotermia
 Comorbidades: HAS DM DPOC Alergia None Diálise Seq. AVC IAM Prévio
 Responsável origem: Hosp. Mat. Candido Mariano Médico-CRM: Celina Vitoria de Brito Veiros COREN: 001.484.597

Assinatura responsável da origem: Celina Vitoria de Brito Veiros COREN: 001.484.597

RELATÓRIO DA REMOÇÃO QD/HPMA/Ex. FÍSICO/Ev. Med.:
Boa noite, ao chegar ao local de atendimento, o paciente apresentava queixas de dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômito. Foi realizado exame físico e constatado que o paciente apresentava sinais de desidratação e hipotensão arterial. Foi iniciado tratamento com soro fisiológico e analgésico. O paciente evoluiu com melhora dos sintomas e foi encaminhado para o hospital de destino.

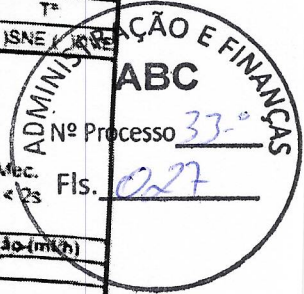
Drogas e Materiais Utilizados	QTD	Diluição	Vazão (ml/h)	Avaliação (mínimo a cada 2h)
1. Soro Físico 0,9% NaCl				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°
2. Ampicilina				Check Dispositivo: <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> JSVD <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> IDVE
3.				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°
4.				Check Dispositivo: <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> JSVD <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> IDVE
5.				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°
6.				Check Dispositivo: <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> JSVD <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> IDVE
7.				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°
8.				Check Dispositivo: <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> JSVD <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> IDVE

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO DESTINO
 FR: 17 FC: 88 PA: 120/80 SpO2: 96% Temperatura: 36°C Hora: 14:00
 X: Hemorragia Externa Grave Protocolo de Transfusão Maciça
 A: Ar Ambiente Cânula Orofaringea IOT TQT Colar Cervical
 B: Cateter (L/min) Máscara N Reinalante (L/min) Máscara Venturi % (L/min) Vent. Mec.
 C: Acesso Venoso: Periférico Central PIC Intra-ósseo Perfusão Periférica: Normal > 2s Diminuído < 2s
 Ritmo Cardíaco: Sinusal Outro BAVT PCR

D: Pupilas: Isocóricas Fotorreagente: Sim Não Inconsciente Agitado Confuso Torporoso Glasgow: 15
 E: Trauma (Tipo e região) Prevenção de Hipotermia
 Documentos entregues no destino: Guia Internação Prescrição Médica Relatório Médico Guia Exames
 Responsável destino: Juliana B. Quintana Médico-CRM: Celina Vitoria de Brito Veiros COREN: 001.484.597

Assinatura responsável no destino: Juliana B. Quintana Médico-CRM: Celina Vitoria de Brito Veiros COREN: 001.484.597

Assinatura Equipe Remoção: Médico-CRM: Enf. COREN 001.484.597 Socorrista:
 TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO: Recebi orientações referente a remoção por esta ambulância para o destino sugerido, cliente dos riscos a mim explicados, responsabilizando-me por quaisquer problemas em consequência de minha decisão.



Identificação

Data 02/04/2023	Hora 11:04:11	ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS ABC Nº Processo <u>33</u> Fls. <u>028</u>	Ficha Gestante
Macrorregião CAMPO GRANDE	Microrregião CORUMBÁ		
Unidade Solicitante CORUMBA - SANTA CASA	Município Corumbá		
Telefone (067) 32348929	Outros telefones 67.99663.7571.67 3234-8981 981194105		
Profissional Solicitante DALVA CAROLINA DE ALMEIDA DIAS	CRM 8377		Nome da Mãe GILBERTA GOMEZ MACHADO
Nome do Paciente CHERLEI GOMEZ MACHADO	Nome Social		Plano de Saúde Não: Não informado
Sexo Feminino	CNS		CRM Regulador Atual 010951
Data de Nascimento 20/10/1996	Idade 26 anos 5 meses 13 dias		
Município do Paciente CORUMBÁ	Médico Regulador Atual MARIA CAROLINA OLIVEIRA DO AMARAL CAMARGO		
PAD MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA			
Unidade de Regulação Atual CR DE CAMPO GRANDE			

Dados Clínicos

FICHA GESTANTE

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada

02/04/2023 11:04:11 - PAD - MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA

Dados da Gestação

Gestações 1	Partos 0	Abortos 0	Cesárea 0	Tipo Sanguíneo
-----------------------	--------------------	---------------------	---------------------	-----------------------

Idade Gestacional

IG - US 35 Semana(s) 4 Dia(s)	D.U.M 0	IG - DUM 0 Semana(s) 0 Dia(s)
---	-------------------	---

Exame Físico Geral

FC 88	FR 16	PA 120 x 80 mmHg	Peso 0 kg	Edema Não
-----------------	-----------------	----------------------------	---------------------	---------------------

Exame Obstétrico

A.U 30	Contração Uterina Ausente	Bolsa Rota - 0	Líquido Amniótico NAO INFORMADO	Colo	Dilatação 0 cm
------------------	-------------------------------------	--------------------------	---	-------------	--------------------------

Quadro Clínico

PACIENTE G01 P0 A0 35 SEMANA E 04 DIA INTERNADA DESDE O DIA 28/3/23 DESDE AO DIAGNÓSTICO DE TPPT DURANTE A INTERNAÇÃO REALIZOU USG OBSTÉTRICO QUE EVIDÊNCIA OLIGODRAMNIO MODERADO ENCAMINHO DEVIDO A DIFICULDADE EM REALIZAR ACOMPANHAMENTO DE USG COM DOPPLER (FALTA QUE REALIZEM TAL EXAME E FALTA DE UTI NEONATAL EM NOSSO MUNICÍPIO

Ultrassom

Cardiotocografia

Patologias Prévias/Atuais

BCF Movimentos Fetais

Apresentação

Feto 1 0
Feto 2 0
Feto 3 0



MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA - MS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - NÚCLEO DE RECEITAS



Número da NFS-e
968
Código de Verificação de Autenticidade
JLH7OZPJG
Data e Hora de Emissão da NFS-e
04/04/2023 às 08:47:00
Chave de Acesso
1532730QH64FGANEFHX2DH02XY4G7S
Para certificação da autenticidade acesse
http://pmaquidauana.rcmsuporte.com.br:8080/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS AQUIDAUANA-MS	Local da Prestação AQUIDAUANA - MS
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
Optante Simples Nacional 2 - Não	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Não Possui	Competência 04/04/2023
			Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 10.432.670/0001-30	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 000075424	Cadastro	Nome/Razão Social AGUILAR E SAGGIORATO LTDA
Logradouro RUA TEODORO RONDON, 120	Complemento		Bairro CENTRO	E-mail
CEP 79200-000	Cidade AQUIDAUANA-MS	Telefone 0032411721		



DOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 3.381.498/0001-78	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 238500	Nome/Razão Social ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBA
Logradouro RUA 15 DE NOVEMBRO, 854	Complemento		Bairro CENTRO
CEP/Cod.Postal 79330-000	Cidade/País CORUMBA - MS	Cod. IBGE	Telefone 5003207
			E-mail contabilidadesantacasacorumba@gmail.com

Discriminação dos Serviços

de.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
00	UN	REMOÇÃO EXTERNA PACIENTE: ATAIR DE CARVALHO HOSPITAL SANTA CASA CORUMBÁ X HOSPITAL SANTA CASA CAMPO GRANDE 03/04/2023 REMOÇÃO AVANÇADA	7.200,00	R\$ 7.200,00

APROPRIADO
12/04/23
✓

Posto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

16/2003: 04.21	Atividade Município		Construção Civil		
MADE DE ATENDIMENTO, ASSISTENCIA OU TRATAMENTO MOVEL E CONGENERES.	Alíquota 5,00%	0000040000021	Código CNAE 8621601	Código da Obra	Código ART
Total dos Serviços	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	Base de Cálculo R\$ 7.200,00	Total do ISS R\$ 360,00	ISS Retido 2 - Não
					Desconto Condicionado R\$ 0,00

Retenções de Impostos

00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IRRF R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	Outras Retenções R\$ 0,00
Líquido da NFS-e: R\$ 7.200,00					

Informações Complementares

Val. Aprox. Tributos:

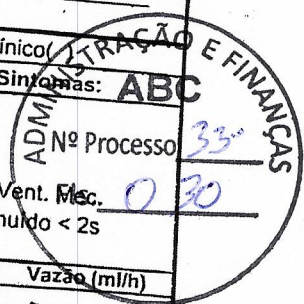
RECEBI(EMOS) DE AGUILAR E SAGGIORATO LTDA O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 968 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO JLH7OZPJG.

Data: _____ CPF/RG: _____ Assinatura: _____

Local origem: Santa casa ou (ORATORIA) Sexo: M () F Data Nasc.: 78/04 Tel: _____
 Cidade Origem: Corumbá - MS Rua: _____ Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro Nº _____
 Local Destino: Santa casa Rua: _____ Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro Nº _____
 Cidade Destino: Corumbá - MS Rua: _____ Hospital () PA () Casa/Clinica/Outro Nº _____

HORÁRIOS: Hr. Acomodamento: _____ Salda da Base: _____ Chegada na Origem: _____ Saída da Origem: _____
 Chegada no Destino: _____ Salda do Destino: _____ Chegada na Base: _____ Saída da Base: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ORIGEM Data: _____ Hora: _____ Tipo: Trauma () Clínico ()
 Criticidade: () AVC Ag. () Dor Torácica Ag. () SEPSE () Abdome Ag. Data Inf. Sintomas: _____ Hr Inf. Sintomas: ABC
 FR: 79 FC: 95 PA: 144/97 SpO2: 96% Temperatura: 36,7
 X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transusão Maciça
 A: () Ar Ambiente () Cânula Orofaringea () IOT () TQT () Colar Cervical
 B: () Cateter _____ (L/min) () Máscara Ñ Reinalante _____ (L/min) () Máscara Venturi _____ % (L/min) () Vent. Mec. _____
 C: Acesso Venoso: () Periférico () Central () PIC () Intra-ósseo Perfusão Periférica: () Normal > 2s () Diminuído < 2s
 Ritmo Cardíaco: () Sinusal () Outro



D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: () Sim () Não () Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow: _____
 E: () Trauma (Tipo e região) _____
 Comorbidades: () HAS () DM () DPOC () Alergia Nega () Prevenção de Hipotermia
 Responsável origem: _____ () Médico-CRM: _____ () Enfermeiro-COREN: _____

Assinatura responsável da origem: _____

RELATÓRIO DA REMOÇÃO QD/HPMA/Ex. FÍSICO/EV. Med.: Paciente A.C. de 38 anos. Des
entrou na unidade domingo relatando precordialgia não irradiante,
em uso de bebida alcoólica. Exames laboratoriais evidenciam IAM,
transmissão positiva, Analgesia com tramadol, melhora os sintomas.
 SAMPLA/OBS/EV. Enf.: transporte com medicação. Sem intercorrências. Pte
fica na PA e o cuidador da equipe do setor. SVD estáveis,
Pte relata um desconforto no peito e enxaqueca, foi relatado para
o plantonista.

Drogas e Materiais Utilizados	QTD	Diluição	Vazão ml/h	Avaliação (mínimo a cada 2h)
1				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°:
2				Check Dispositivo: () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () DVE
3				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°:
4				Check Dispositivo: () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () DVE
5				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°:
6				Check Dispositivo: () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () DVE
7				Hr: FR: PA: FC: SpO2: T°:
8				Check Dispositivo: () IOT () TQT () Acesso Venoso () SVD () SNE () DVE

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO DESTINO Data: _____ Hora: _____
 FR: 79 FC: 97 PA: 140/90 SpO2: 95% Temperatura: 35,8
 X: () Hemorragia Externa Grave () Protocolo de Transusão Maciça
 A: () Ar Ambiente () Cânula Orofaringea () IOT () TQT () Colar Cervical
 B: () Cateter _____ (L/min) () Máscara Ñ Reinalante _____ (L/min) () Máscara Venturi _____ % (L/min) () Vent. Mec. _____
 C: Acesso Venoso: () Periférico () Central () PIC () Intra-ósseo Perfusão Periférica: () Normal > 2s () Diminuído < 2s
 Ritmo Cardíaco: () Sinusal () Outro

D: Pupilas: () Isocóricas Fotorreagente: () Sim () Não () Inconsciente () Agitado () Confuso () Torporoso Glasgow: _____
 E: () Trauma (Tipo e região) _____

Documentos entregues no destino: () Guia Internação () Prescrição Médica () Relatório Médico () Guia Exames
 () SBAR () Exames () Outros: _____
 Responsável destino: _____ () Médico-CRM: _____ () Enfermeiro-COREN: _____

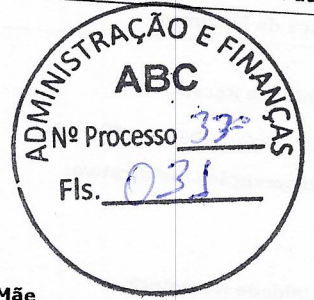
Assinatura responsável no destino: _____

Assinatura Equipe Remoção: Médico-CRM: _____ Enf. COREN: _____ Socorrista: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO: Recebi orientações referente a remoção por esta ambulância para o destino sugerido, ciente dos riscos a mim explicados, responsabilizando-me por quaisquer problemas em consequência de minha decisão.
 () Aceito a remoção () Recuso a remoção

Identificação

Ficha Padrão



Data 03/04/2023	Hora 00:04:31	Nome da Mãe CARMEN CRUZ DE CARVALHO
Macrorregião CAMPO GRANDE	Microrregião CORUMBÁ	Plano de Saúde Não: Não informado
Unidade Solicitante CORUMBA - SANTA CASA	Município Corumbá	CRM Regulador Atual 008119
Telefone (067) 32348954	Outros telefones 67.99663.7571.67 3234-8981 981194105	
Profissional Solicitante HARISON FERNANDO DOS SANTOS SIMAO	CRM 011595	
Nome do Paciente ATAIR DE CARVALHO	Nome Social	
Sexo Masculino	CNS	
Data de Nascimento 12/11/1984	Idade 38 anos 4 meses 20 dias	
Município do Paciente CORUMBÁ	Médico Regulador Atual ANDRESSA GODOY GUZZELA	
PAD MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA		
Unidade de Regulação Atual CR DE CAMPO GRANDE		

Dados Clínicos

FICHA PADRÃO

Resumo Clínico/Exame Físico/Exames Subsidiários/Conduta Tomada
03/04/2023 00:04:31 - PAD - MARCIANA FORNACIOLI SANTANA DE OLIVEIRA

PA: 144 x 91 mmHg **FC:** 95 **FR:** 17 **Glasgow:** 15

PACIENTE HIPERTENSO DEU ENTRADA NA UPA COM QUEIXA DE DOR TORÁCICA DE INÍCIO HÁ UM DIA RELATA QUE ONTEM FEZ INGESTA DE 29 LATINHAS DE CERVEJA SENTIU UMA PRECORDIALGIA NÃO SOUBE CARACTERIZAR A DOR POR APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS PORÉM LOGO MELHOROU HOJE PELA MANHÃ DOR RETORNOU NOVAMENTE E AINDA MAIS INTENSA O MOTIVANDO A PROCURAR A UPA A DOR NÃO TEM IRRADIAÇÃO NÃO SOUBE DEFINIR CARACTERÍSTICAS SEM FATOR DE MELHORA REFERE DOR DE INTENSIDADE MODERADA NO MOMENTO NEGA DEMAIS SINTOMAS TROPONINA ADM 21 / ESTÁVEL BNRNF 2T S/S MVUF+S/RA ABDÔMEN E EXTREMIDADES INOCENTE / EXAMES LABORATÓRIOS, ECG / TRANSFERÊNCIA

Dados Adicionais
 [03/04/2023 às 00:07 por VIVIANY GARCIA FERREIRA DE FREITAS CRM :002111] PACIENTE COM ALTERAÇÃO NO ECG? FAVOR ANEXAR EXAMES.
 [03/04/2023 às 00:39 por ANA CRISTINA NELVO] anexado exames
 [03/04/2023 às 00:53 por VIVIANY GARCIA FERREIRA DE FREITAS CRM :002111] LIBERO TRANSFERENCIA PARA SANTA CASA . NIR CIENTE. SEN HA 2023/04 0495. FAVOR INFORMAR NOME E CRM MEDICO TRANSPORTE.
 [03/04/2023 às 01:22 por ANA CRISTINA NELVO] CIENTE DO DESTINO E SENHA, MÉDICO DO TRANSPORTE HARISON FERNANDO DOS SANTOS SIMAO, CRM 011595.

Arquivos

Arquivo	Descrição
Untitled_20230403_011113.pdf	exame laboratoriais e ecg

Dados da Regulação

Nenhum histórico registrado

Procedimentos

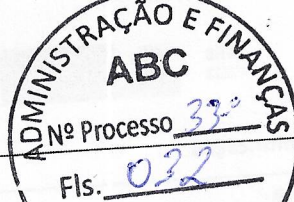
ID 1 210 - INFARTO AGUDO TRANSMURAL DA PAREDE ANTERIOR DO MIOCÁRDIO	
ID 2 Não Informado	
Recurso Exame - CATETERISMO CARDÍACO (HEMODINÂMICA) / ARTERIOGRAFIA / ANGIOGRAFIA	
Justificativa dos Recursos solicitados	
Content: blank	

04/04/2023, 14:44

Adendo:[03/04/2023 00:04:31]

NÃO TEMOS SERVIÇO HEMODINAMICAMENTE NESTE NOSOCÔMIO

Prioridade de atendimento: 1 - Resolver em 30 minutos



Busca de Recursos

Unidade Receptora	Data de Contato	Profissional Receptor	Vaga Cedida?
CAMPO GRANDE - SANTA CASA	03/04/2023 00:55:02	-	AUTORIZADO PELO REGULADOR
Observação/Justificativa:			
Unidade Receptora	Data de Contato	Profissional Receptor	Vaga Cedida?
CAMPO GRANDE - HOSP UNIVERSITA	03/04/2023 00:08:53	CRM: 007174 - PÂMELA MANTOVANI BALDISSERA	NÃO
Observação/Justificativa:			
NEGADO, SEM VAGAS NA UCO, ÁREA AMARELA, ENFERMARIA E LEITOS DE RETAGUARDA, ÁREA VERDE COM 30 PACIENTES NO CORREDOR AGUARDANDO VAGA NO MOMENTO.			

Histórico

Solicitante	Unidade	Ação	Unidade para	Data/Hora
PAD - MARCIANA OLIVEIRA	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu a ficha		03/04/2023 00:04:31
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Assumiu o caso		03/04/2023 00:04:56
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 00:06:21
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Inseriu adendo		03/04/2023 00:07:45
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 00:07:56
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Encaminhou Solicitação	CAMPO GRANDE - HOSP UNIVERSITARIO	03/04/2023 00:08:54
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Encaminhou Solicitação	CAMPO GRANDE - SANTA CASA	03/04/2023 00:09:03
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 00:09:07
PAD - EDISON JUNIOR	CAMPO GRANDE - HOSP UNIVERSITARIO	Visualizou Solicitação		03/04/2023 00:24:01
PAD - EDISON JUNIOR	CAMPO GRANDE - HOSP UNIVERSITARIO	Rejeitou Solicitação		03/04/2023 00:24:18
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Ciente do Adendo		03/04/2023 00:29:00
PAD - ANA NELVO	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Arquivo		03/04/2023 00:39:21
PAD - ANA NELVO	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Adendo		03/04/2023 00:39:32
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Ciente do Adendo		03/04/2023 00:45:40
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 00:51:27
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 00:51:40
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Inseriu adendo		03/04/2023 00:53:16
PAD - MÁRCIA RODA	CAMPO GRANDE - SANTA CASA	Visualizou Solicitação		03/04/2023 00:55:18
REG - VIVIANY FREITAS - CRM:2111	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 00:55:24
PAD - ANA NELVO	CORUMBA - SANTA CASA	Inseriu Adendo		03/04/2023 01:22:07
REG - ANDRESSA GUZZELA - CRM:008119	CR DE CAMPO GRANDE	Assumiu o caso		03/04/2023 01:29:54
REG - ANDRESSA GUZZELA - CRM:008119	CR DE CAMPO GRANDE	Atualizou a ficha		03/04/2023 01:30:34
REG - ANDRESSA GUZZELA - CRM:008119	CR DE CAMPO GRANDE	Finalizou a ficha		03/04/2023 01:30:34

Transferências

Usuário	Transferido para	Data/Hora	Justificativa
about:blank			

Não houve transferência de regulação.

Indicações

Indicado Por

Indicado Para

Data/Hora

Resolução

Resolução

A7 - ENCAMINHAMENTO DEFINIDO PELO MÉDICO REGULADOR

Unidade Receptora

CAMPO GRANDE - SANTA CASA

Profissional Autorizador

ANDRESSA GODOY GUZZELA

Recomendado Transporte em UTI ou transferência com acompanhamento médico:
Sim

Médico Acompanhante

HARISON FERNANDO DOS SANTOS SIMAO

Data: 03/04/2023 Hora: 01:30:34

Observações

03/04/2023 às 00:53 POR VIVIANY GARCIA FERREIRA DE FREITAS CRM :002111]LIBERO TRANSFERENCIA PARA SANTA CASA . NIR CIENTE. SENHA 2023/04 0495. FAVOR INFORMAR NOME E CRM MEDICO TRANSPORTE. [03/04/2023 às 01:22 POR ANA CRISTINA NELVO] CIENTE DO DESTINO E SENHA, MÉDICO DO TRANSPORTE HARISON FERNANDO DOS SANTOS SIMAO, CRM 011595.

Médico Regulador

ANDRESSA GODOY GUZZELA

TARM

NÃO SELECIONADO

FINALIZAÇÃO

Data: 03/04/2023 Hora: 01:30:34

Município

Campo Grande

CRM

008119

CRM

011595

CRM

008119



Fechar

Imprimir



Transferências entre contas correntes BB

G332261604656051030
26/05/2023 16:19:28

Debitado

Nome ASSOCIACAO B CORUMBA
Agência 14-0
Conta corrente 76217-2

Creditado

Nome AGUILAR S LTDA ME
Agência 2936-X
Conta corrente 49550-6
Valor 36.000,00
Data Nesta data



Transação efetuada com sucesso por: JF894160 MILTON CARLOS DE MELO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

APROPRIADO
19/06/23

04

AGUILAR E SAGGIORATO			
NOTA FISCAL	EMISSÃO	PACIENTE	VALOR
970	17/04/2023	JOAQUIM MANOEL MORAES	R\$ 7.200,00
971	17/04/2023	JAIME HURTADO PINTO	R\$ 7.200,00
			R\$ 14.400,00


Jaqueline Ayala de Macedo
 Assistente Financeiro
 Santa Casa de Corumbá

