



JU 66160389 3 BR

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO

TRIÂNGULO MINEIRO - CISTM

AV. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 - Distrito Industrial

Cep: 38.402-349 Uberlândia-MG

Hospital São José

Avenida 3, 196 - Centro

38.200-160 Ituiutaba

mo Brasil

9. 122/2020 - 9. 123/2020 e

9. 124/2020.

* Palto Ilenevia

12. 12. 2



81240067

Of.123/2020

Uberlândia-MG, 10 de Dezembro de 2020.

Prezado Senhor,

Referimo-nos à Prestação de Contas do Termo de Convênio nº 01/2019 referente a junção de esforços entre as partes convenientes para assegurar a realização de serviços médicos pelo HOSPITAL SÃO JOSÉ à população dos municípios de Cachoeira Dourada, Canápolis, Capinópolis, Gurinhatã, Ipiacú e Santa Vitória; os quais pertencem à região de abrangência do CISTM, esforços concentrados particularmente na realização de cirurgias eletivas, com vigência de 24/06/2019 à 31/01/2020.

Procedemos às análises das Prestações de Contas apresentadas e informamos a aprovação pelo Conselho Fiscal e pela Presidência do CISTM em 08/12/2020 por meio de Relatório Contábil de Análise de Prestação de Contas Final, homologado na Ata da 1ª Reunião Técnica do Conselho Fiscal, gestão 2020 ocorrida em 08/12/2020.

Atenciosamente,


DÁRIO BORGES DE REZENDE
Presidente do CISTM**ILMO.SR.****CARLOS BARCELOS MACHADO****DD. DIRETOR/PRESIDENTE DO H. SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO****ITUIUTABA-MG.**

CISTM

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

ATA DA 1ª REUNIÃO TÉCNICA DO CONSELHO FISCAL GESTÃO 2020, DO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO – CISTM. AOS 08 DIAS DO MÊS DE DEZEMBRO DO ANO DE 2020, ÀS 13HS20MIN, NA SALA DE REUNIÕES DA SEDE DO CISTM, REUNIRAM-SE OS SENHORES PREFEITOS MEMBROS DO CONSELHO FISCAL: PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL SR. CLEIDIMAR ZANOTTO – PREFEITO DE CAPINÓPOLIS; PRESIDENTE DO CISTM SR. DÁRIO BORGES DE REZENDE – PREFEITO DE CASCALHO RICO E VICE-PRESIDENTE DO CISTM SR. LEANDRO LUIZ DE OLIVEIRA, PARA ANÁLISE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS DOS CONVÊNIOS ENTRE O CISTM E O HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO. O PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL SR. CLEIDIMAR ZANOTTO – PREFEITO DE CAPINÓPOLIS, FEZ A INTRODUÇÃO DA REUNIÃO COM OS MEMBROS DO CONSELHO FISCAL E COM A EQUIPE TÉCNICA E PASSOU A PALAVRA PARA A CONTADORA SRA. LAURENTINA PEREIRA DE ARAUJO, QUE EXPLICOU QUE AS PRESTAÇÕES DE CONTAS DOS CONVÊNIOS QUE SERÃO APRESENTADAS SÃO REFERENTES AOS CONVÊNIOS COM HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO DOS EXERCÍCIOS DE 2018, 2019 E 2020. COM A PALAVRA A SRA. LAURENTINA PEREIRA DE ARAUJO FEZ EXPLANAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONVÊNIO Nº 01/2018, REFERENTE AO OBJETO DE CONJUNÇÃO DE ESFORÇOS ENTRE AS PARTES CONVENIENTES PARA ASSEGURAR A MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL SÃO JOSÉ À POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE CACHOEIRA DOURADA, CANÁPOLIS, CAPINÓPOLIS, CENTRALINA, GURINHATÃ, IPIAÇU, ITUIUTABA E SANTA VITÓRIA, REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DO CISTM E QUE OS ESFORÇOS CONCENTRADOS PARTICULARMENTE NA MANUTENÇÃO DE PLANTÕES MÉDICOS CONTÍNUOS, SUPRINDO A NECESSIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOS MUNICÍPIOS, ALÉM DA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS, COM VIGÊNCIA DE 16 DE MARÇO DE 2018 A 31 DE MAIO DE 2019, PONTUANDO O VALOR EXECUTADO EM ATENDIMENTOS MÉDICOS NO MONTANTE DE R\$1.266.610,50 (UM MILHÃO, DUZENTOS E SESSENTA E SEIS MIL, SEISCENTOS E DEZ REAIS E CINQUENTA CENTAVOS), INFORMOU QUE AS INCORFORMIDADES ENCONTRADAS FORAM SANADAS E QUE AS DESPESAS GLOSADAS NO MONTANTE DE R\$204,89 (DUZENTOS E QUATRO REAIS E OITENTA E NOVE CENTAVOS) FORAM RESTITUIDAS AO CISTM EM 06 DE DEZEMBRO DE 2019. INFORMOU AINDA QUE OS COMPROVANTES DE DESPESAS DE SERVIÇOS MÉDICOS, DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E

CISTM

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS ESTÃO EM CONFORMIDADE COM OS TERMOS ESTABELECIDOS NO CONVÊNIO. DESTACOU SEM RESSALVAS A REGULAR EXECUÇÃO DO OBJETO E REGULAR APLICAÇÃO DOS RECURSOS E DISPONIBILIZOU O RELATÓRIO CONTÁBIL DE ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E TODA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CONVÊNIO PARA APRECIAÇÃO E ANÁLISE DO CONSELHO FISCAL. EM SEGUIDA, COM A PALAVRA O PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL SR. CLEIDIMAR ZANOTTO E OS DEMAIS MEMBROS PRESENTES ANALISARAM A DOCUMENTAÇÃO E APROVARAM A PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONVÊNIO Nº 01/2018 SEM RESSALVAS. EM CONTINUIDADE À APRESENTAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS, A SRA LAURENTINA FEZ EXPLANAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONVÊNIO Nº 01/2019 REFERENTE AO OBJETO A JUNÇÃO DE ESFORÇOS ENTRE AS PARTES CONVENIENTES PARA ASSEGURAR A REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PELO HOSPITAL SÃO JOSÉ À POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE CACHOEIRA DOURADA, CANÁPOLIS, CAPINÓPOLIS, GURINHATÃ, IPIAÇU, E SANTA VITÓRIA, REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DO CISTM E QUE OS ESFORÇOS CONCENTRADOS PARTICULARMENTE NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS, COM VIGÊNCIA DE 24 DE JUNHO DE 2019 A 31 DE JANEIRO DE 2020, PONTUANDO O VALOR EXECUTADO EM ATENDIMENTOS MÉDICOS NO MONTANTE DE R\$276.081,68 (DUZENTOS E SETENTA E SEIS MIL, OITENTA E UM REAIS E SESSENTA E OITO CENTAVOS). A SRA LAURENTINA INFORMOU A REGULAR EXECUÇÃO DO OBJETO E REGULAR APLICAÇÃO DOS RECURSOS. SENDO ESTAS AS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRESENTE PRESTAÇÃO DE CONTAS, DISPONIBILIZOU O RELATÓRIO CONTÁBIL DE ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E A DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CONVÊNIO PARA APRECIAÇÃO E ANÁLISE DO CONSELHO FISCAL. EM SEGUIDA COM A PALAVRA O PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL SR. CLEIDIMAR ZANOTTO E OS DEMAIS MEMBROS PRESENTES ANALISARAM A DOCUMENTAÇÃO E APROVARAM A PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONVÊNIO Nº 01/2019 SEM RESSALVAS. FINALIZANDO A APRESENTAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS, A SRA LAURENTINA FEZ EXPLANAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONVÊNIO Nº 01/2020 REFERENTE AO OBJETO JUNÇÃO DE ESFORÇOS ENTRE AS PARTES CONVENIENTES PARA ASSEGURAR A REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PELO HOSPITAL SÃO JOSÉ À POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE CANÁPOLIS, CAPINÓPOLIS, GURINHATÃ E IPIAÇU, PERTENCENTES À REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DO CISTM E QUE OS ESFORÇOS CONCENTRADOS PARTICULARMENTE NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS, COM VIGÊNCIA DE 02 DE JANEIRO DE 2020 A 17 DE FEVEREIRO DE 2020, PONTUANDO O VALOR EXECUTADO

CISTM

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

EM ATENDIMENTOS MÉDICOS NO MONTANTE DE R\$14.908,05 (QUATORZE MIL, NOVECENTOS E OITO REAIS E CINCO CENTAVOS). A SRA LAURENTINA INFORMOU A REGULAR EXECUÇÃO DO OBJETO E REGULAR APLICAÇÃO DOS RECURSOS E DISPONIBILIZOU O RELATÓRIO CONTÁBIL DE ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E TODA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CONVÊNIO PARA APRECIACÃO E ANÁLISE DO CONSELHO FISCAL. EM SEGUIDA O PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL SR. CLEIDIMAR ZANOTTO E OS DEMAIS MEMBROS PRESENTES ANALISARAM A DOCUMENTAÇÃO E APROVARAM A PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONVÊNIO Nº 01/2020 SEM RESSALVAS. EM SEGUIDA A SRA LAURENTINA INFORMOU QUE A DOCUMENTAÇÃO QUE CONSTITUI AS PRESTAÇÕES DE CONTAS E AS ANÁLISES SERÃO ARQUIVADAS E ESTÃO DISPONÍVEIS PARA CONSULTA E FISCALIZAÇÃO. APÓS APRESENTAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS E OS DEVIDOS ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS LEVANTADAS PELOS PRESENTES, O CONSELHO FISCAL APROVOU TODAS AS PRESTAÇÕES DE CONTAS DOS CONVÊNIOS FIRMADOS ENTRE O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO – CISTM E O HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO, PELA DIRETORIA PRESENTE NA REUNIÃO E PELA EXATIDÃO DOS RELATÓRIOS E DOCUMENTOS APRESENTADOS. O PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL SR. CLEIDIMAR ZANOTTO E O PRESIDENTE DO CISTM SR. DÁRIO BORGES DE REZENDE, AGRADECERAM A PRESENÇA DE TODOS E A REUNIÃO FOI ENCERRADA.

CLEIDIMAR ZANOTTO
PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL

DÁRIO BORGES DE REZENDE
PRESIDENTE DO CISTM

LEANDRO LUIZ DE OLIVEIRA
VICE-PRESIDENTE DO CISTM

MARIA MARTINS PEDROSA
APOIO ADMINISTRATIVO

LAURENTINA PEREIRA DE ARAUJO
CONTADORA DO CISTM

TERMO DE ENCERRAMENTO – CONVÊNIO Nº 01/2019

Concedente: CISTM – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Conveniente: Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo

Objeto: A junção de esforços entre as partes convenientes para assegurar a realização de serviços médicos pelo HOSPITAL SÃO JOSÉ à população dos municípios de Cachoeira Dourada, Capinópolis, Gurinhatã, Ipiacu e Santa Vitória; os quais pertencem à região de abrangência do CISTM. Os esforços serão concentrados particularmente na realização de cirurgias eletivas, de acordo com o Plano de Trabalho parte integrante deste Convênio.

Municípios atendidos: Cachoeira Dourada, Canápolis, Capinópolis, Gurinhatã, Ipiacu, e Santa Vitória.

Valor executado: R\$276.081,68 (Duzentos e setenta e seis mil, oitenta e um reais e sessenta e oito centavos).

Período de Execução: 24/06/2019 à 31/01/2020.

Prestação de Contas: APROVADA pelo Conselho Fiscal e pela Presidência do CISTM em 08/12/2020 por meio de Relatório Contábil de Análise de Prestação de Contas Final, homologado na Ata da 1ª Reunião Técnica do Conselho Fiscal, gestão 2020 ocorrida em 08/12/2020.



DÁRIO BORGES DE REZENDE
Presidente do CISTM

RELATÓRIO CONTÁBIL DE ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS AO CONVÊNIO Nº 01/2019 CELEBRADO ENTRE O CISTM E O HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO

O CISTM celebrou com o Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo, na data de 24 de junho de 2019 o Convênio nº 001/2019, que tem por objeto a junção de esforços entre as partes convenientes para assegurar a realização de serviços médicos pelo **HOSPITAL SÃO JOSÉ** à população dos municípios de Cachoeira Dourada, Capinópolis, Gurinhatã, Ipiacu e Santa Vitória, região de abrangência do **CISTM**. Os esforços serão concentrados particularmente na realização e cirurgias eletivas, de acordo com o Plano de Trabalho.

De acordo com o Convênio celebrado, a Concedente comprometeu-se pela transferência de recursos financeiros no valor de R\$ 460.000,00 (Quatrocentos e sessenta e seis mil reais), cumpre destacar que o Termo de Convênio sofreu alterações por meio de Termos Aditivos, sendo o 1º aditamento realizado em 15/10/2019 inserindo o município de Canápolis, alterando o valor para R\$485.000,00 (Quatrocentos e oitenta e cinco mil reais), o 2º aditamento realizado em 23/12/2019 com prorrogação de prazo para 31/01/2020 e a supressão de valor no montante de R\$204.736,71 (Duzentos e quatro mil, setecentos e trinta e seis reais e setenta e um centavos) alterando o valor para R\$280.263,29 (Duzentos e oitenta mil, duzentos e sessenta e três reais e vinte e nove centavos).

Conforme cláusula Sexta: ***“6.3. Os repasses serão feitos mensalmente em até 10 (dez) dias após a apresentação pelo HOSPITAL SÃO JOSÉ de relatório detalhado das cirurgias eletivas realizadas no mês, o qual será submetido a conferência e aceite pelo CISTM.”*** Destaca-se que no período de junho de 2019 à fevereiro de 2020 foram repassados os recursos financeiros no montante de **RS276.081,68** (Duzentos e setenta e seis mil, oitenta e um reais e sessenta e oito centavos) e ao final da vigência do Convênio foi anulado o montante de **RS4.181,61** (Quatro mil, cento e oitenta e um reais e sessenta e um centavos) referente as cirurgias eletivas não realizadas, o conveniente Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paula custeou despesas bancárias e complemento de pagamento de terceiros no total de **R\$2.882,92** (dois mil, oitocentos e oitenta e dois reais e noventa e dois centavos), durante a movimentação financeira registrou-se rendimentos de aplicação financeira no valor de **RS94,52** (Noventa e quatro reais e cinquenta e dois centavos), durante



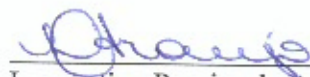
vigência do Convênio totalizou-se **R\$279.059,12** (duzentos e setenta e nove mil, cinquenta e nove reais e doze centavos) em recursos financeiros, e registrou-se em igual valor as despesas do período, conforme documentos de controle financeiro e conciliação bancária anexas.

Procedemos a análise da Prestação de Contas apresentada pelo Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo referente ao Convênio nº 01/2019 e destaca-se sem ressalvas a regular execução do objeto e regular aplicação dos recursos, sendo essas as considerações a presente Prestação de Contas submete-se a apreciação e aprovação do Conselho Fiscal do CISTM.

Destaca-se que a documentação de prestação de contas e a análise estão arquivadas e a disposição para consulta e fiscalização.

Sem mais, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Uberlândia, 03 de dezembro de 2020.


Laurentina Pereira de Araujo
CRC MG-098579/O-8 Contador

CONVÊNIO Nº 01/2019 - CISTM X HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO
 CONCILIAÇÃO BANCÁRIA - PRESTAÇÃO DE CONTAS - 24/06/2019 À 31/01/2020

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO

COMPETÊNCIA	CONTRIBUIÇÃO R\$	PAGAMENTO REALIZADO	DATA PAGAMENTO
jun/19	R\$ 21.664,83	R\$ 3.181,61	17/07/2019
jul/19	R\$ 73.028,05	R\$ 9.544,83	17/08/2019
ago/19	R\$ 43.028,05	R\$ 8.044,83	17/08/2019
set/19	R\$ 59.799,32	R\$ 40.160,93	13/09/2019
out/19	R\$ 36.066,69	R\$ 44.642,54	09/10/2019
nov/19	R\$ 28.028,05	R\$ 54.487,37	13/11/2019
dez/19	R\$ 18.648,30	R\$ 51.605,76	10/12/2019
TOTAL	R\$ 280.263,29	R\$ 24.752,88	23/12/2019
ANULAÇÃO 09/06/2020	R\$ (4.181,61)	R\$ 6.663,22	20/01/2020
RECEBIMENTOS	R\$ 276.081,68	R\$ 32.997,71	07/02/2020
		TOTAL	R\$ 276.081,68

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 24/06 À 30/06/2019

SALDO INICIAL	R\$ -
RECEBIMENTO CISTM	R\$ -
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$ -
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$ -
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ -
RECEBIMENTOS HSJ	R\$ -
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$ -
SALDO FINAL	R\$ -

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$ -
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$ -
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ -
JUROS	R\$ -
SALDO TOTAL	R\$ -

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/07 À 31/07/2019

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$ -
RECEBIMENTO CISTM	R\$ 3.181,61
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$ -
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$ (2.946,61)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ 235,00
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$ (470,00)
SALDO FINAL	R\$ -

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$ -
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$ 2.946,61
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ (235,00)
JUROS	R\$ -
SALDO TOTAL	R\$ 2.711,61

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/08 À 31/08/2019

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$ -
RECEBIMENTO CISTM	R\$ 17.589,66
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$ (18.682,78)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$ (18.059,66)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ 18.923,78
RECEBIMENTO HSJ - RESTITUIÇÃO TARIFAS	R\$ 470,00
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$ (241,00)
SALDO FINAL	R\$ -

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$ 2.711,61
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$ 18.059,66
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ (16.923,78)
JUROS	R\$ 10,07
SALDO TOTAL	R\$ 3.857,56

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/09 À 30/09/2019

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$ -
RECEBIMENTO CISTM	R\$ 40.160,93
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$ (31.303,62)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$ (40.160,93)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ 31.544,62
RECEBIMENTO HSJ - RESTITUIÇÃO TARIFAS	R\$ -
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$ (241,00)
SALDO FINAL	R\$ -

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$ 3.857,56
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$ 40.160,93
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ (31.544,62)
JUROS	R\$ 11,65
SALDO TOTAL	R\$ 12.485,52

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/10 À 31/10/2019

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$ -
RECEBIMENTO CISTM	R\$ 44.642,54
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$ (51.420,31)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$ (45.124,54)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ 51.661,31
RECEBIMENTO HSJ - RESTITUIÇÃO TARIFAS	R\$ 482,00
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$ (241,00)
SALDO FINAL	R\$ -

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$ 12.485,52
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$ 45.124,54
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ (51.661,31)
JUROS	R\$ 42,88
SALDO TOTAL	R\$ 5.991,63

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/11 À 30/11/2019

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$ -
RECEBIMENTO CISTM	R\$ 54.487,37
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$ (51.166,40)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$ (50.842,65)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ 47.380,68
RECEBIMENTO HSJ - RESTITUIÇÃO TARIFAS	R\$ 382,00
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$ (241,00)
SALDO FINAL	R\$ -

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$ 5.991,63
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$ 50.842,65
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$ (47.380,68)
JUROS	R\$ 18,89
SALDO TOTAL	R\$ 9.472,49



CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/12 À 31/12/2019

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$	-
RECEBIMENTO CISTM	R\$	76.358,64
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$	(85.988,90)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$	(75.988,50)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$	85.471,76
RECEBIMENTO HSJ - RESTITUIÇÃO TARIFAS	R\$	386,00
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$	(241,00)
SALDO FINAL	R\$	(0,00)

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$	9.472,49
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$	75.988,50
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$	(85.471,76)
JUROS	R\$	11,03
SALDO TOTAL	R\$	0,26

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/01 À 31/01/2020

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$	(0,00)
RECEBIMENTO CISTM	R\$	8.663,22
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$	(7.826,40)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$	(6.663,48)
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$	6.663,74
RECEBIMENTO HSJ - COMP. PAGAMENTO	R\$	1.162,92
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$	-
SALDO FINAL	R\$	(0,00)

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$	0,26
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$	8.663,48
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$	(6.663,74)
JUROS	R\$	-
SALDO TOTAL	R\$	0,00

CONCILIAÇÃO FINANCEIRA: 01/02 À 29/02/2020

MOVIMENTAÇÃO CONTA CORRENTE:

SALDO INICIAL	R\$	(0,00)
RECEBIMENTO CISTM	R\$	32.997,71
FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$	(32.997,71)
APLICAÇÃO FINANCEIRA - CAD. POUPANÇA	R\$	-
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$	-
RECEBIMENTO HSJ	R\$	-
TARIFAS BANCÁRIAS	R\$	-
SALDO FINAL	R\$	(0,00)

MOVIMENTAÇÃO CONTA APLICAÇÃO - POUPANÇA OURO

SALDO INICIAL	R\$	0,00
APLICAÇÃO EM POUPANÇA	R\$	-
RESGATE AUTOMÁTICO	R\$	-
JUROS	R\$	-
SALDO TOTAL	R\$	0,00

RECEITAS

SALDO ANTERIOR	R\$	-
CONVÊNIO CISTM	R\$	276.081,68
RECURSOS PRÓPRIOS HSJ - TARIFAS	R\$	1.720,00
RECURSOS PRÓPRIOS HSJ - COMPLEMENTO	R\$	1.162,92
RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	R\$	94,52
TOTAL	R\$	279.059,12

DESPESAS

FORNECEDORES PAGOS / CONCILIAÇÃO	R\$	(277.384,12)
TARIFAS BANC. RESTITUÍDAS PELO HSJ	R\$	(1.675,00)
HSJ - COMPLEMENTO PAGAMENTO	R\$	-
TOTAL	R\$	(279.059,12)

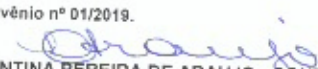
TOTAL RECEITAS - TOTAL DESPESAS	R\$	-
---------------------------------	-----	---

NOTAS FISCAIS HOSPITAL SÃO JOSÉ

NF	DATA	VALOR
3016	18/07/2019	R\$ 3.181,61
3049	07/08/2019	R\$ 9.544,83
3050	07/08/2019	R\$ 8.044,83
3090	05/09/2019	R\$ 25.452,88
3091	05/09/2019	R\$ 10.726,44
3092	05/09/2019	R\$ 3.981,61
3137	03/10/2019	R\$ 25.452,88
3138	03/10/2019	R\$ 2.681,61
3139	03/10/2019	R\$ 3.981,61
3140	03/10/2019	R\$ 2.681,61
3141	03/10/2019	R\$ 3.981,61
3142	03/10/2019	R\$ 2.681,61
3143	03/10/2019	R\$ 3.181,61
3221	07/11/2019	R\$ 31.816,10
3222	07/11/2019	R\$ 11.944,83
3223	07/11/2019	R\$ 2.681,61
3224	07/11/2019	R\$ 2.681,61
3225	07/11/2019	R\$ 2.681,61
3226	07/11/2019	R\$ 2.681,61
3276	04/12/2019	R\$ 19.089,66
3279	04/12/2019	R\$ 2.681,61
3280	04/12/2019	R\$ 2.681,61
3281	04/12/2019	R\$ 2.681,61
3282	04/12/2019	R\$ 2.681,61
3283	04/12/2019	R\$ 3.181,61
3284	04/12/2019	R\$ 2.681,61
3285	04/12/2019	R\$ 15.926,44
3326	20/12/2019	R\$ 9.544,83
3327	20/12/2019	R\$ 3.981,61
3328	20/12/2019	R\$ 2.681,61
3329	20/12/2019	R\$ 2.681,61
3330	20/12/2019	R\$ 3.181,61
3331	20/12/2019	R\$ 2.681,61
3364	09/01/2020	R\$ 2.681,61
3365	09/01/2020	R\$ 3.981,61
3402	31/01/2020	R\$ 2.681,61
3403	31/01/2020	R\$ 3.181,61
3404	31/01/2020	R\$ 3.181,61
3405	31/01/2020	R\$ 2.681,61
3406	31/01/2020	R\$ 5.363,22
3407	31/01/2020	R\$ 15.908,05
TOTAL		R\$ 276.081,68

Durante a execução do Convênio nº 01/2019 consta recebimentos no montante de R\$276.081,68 (Duzentos e setenta e seis mil, oitenta e um reais e sessenta e oito centavos) referente ao Convênio, recebimentos no montante de R\$2.882,92 (Dois mil, oitocentos e oitenta e dois mil e noventa e dois centavos) referente a recursos próprios do Hospital São José para custeio das despesas de tarifas bancárias e complemento de pagamento de fornecedor e recebimentos no montante de R\$94,52 (noventa e quatro reais e cinquenta e dois centavos) referente a rendimento de aplicação financeira, totalizando as receitas em R\$279.059,12 (Duzentos e setenta e nove mil, cinquenta e nove reais e doze centavos), assim como as despesas pagas.

A documentação apresentada está de acordo com os termos do Convênio nº 01/2019.


LAURENTINA PEREIRA DE ARAUJO - CONTADORA
 CRC MG-098579/O-8
 UBERLÂNDIA, 03/12/2020

CONVÊNIO Nº 01/2019 - HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO - PLANILHA DE RECEBIMENTOS - CIRURGIAS ELETIVAS 2019
VIGÊNCIA: 06/2019 A 31/01/2020

MUNICIPIOS	MESES	DATA	VALOR
CACHOEIRA DOURADA	JUNHO	17/07/2019	R\$ 15.000,00
	JULHO	03/09/2019	R\$ 7.044,83
	AGOSTO	19/09/2019	R\$ 7.044,83
	SETEMBRO	15/10/2019	R\$ 7.044,83
	OUTUBRO	15/10/2019	R\$ 7.044,83
	NOVEMBRO	18/12/2019	R\$ 7.044,83
RECEB. EFETIVADOS	TOTAL		R\$ 50.224,15

MUNICIPIOS	MESES	DATA	VALOR
CANAPÓPOLIS	AGOSTO	03/09/2019	R\$ 2.681,61
	RECEB. EFETIVADOS		R\$ 2.681,61

MUNICIPIOS	MESES	DATA	VALOR
CAPINÓPOLIS	JUNHO	18/06/2019	R\$ 12.300,00
	JULHO	12/07/2019	R\$ 12.300,00
	AGOSTO	13/08/2019	R\$ 12.300,00
	SETEMBRO	12/09/2019	R\$ 12.300,00
	OUTUBRO	14/10/2019	R\$ 12.300,00
	NOVEMBRO	12/11/2019	R\$ 12.300,00
	DEZEMBRO	12/12/2019	R\$ 11.603,47
RECEB. EFETIVADOS	TOTAL		R\$ 85.403,47

MUNICIPIOS	MESES	DATA	VALOR
GURINHATÁ	JUNHO	24/06/2019	R\$ 9.364,83
	JULHO	12/07/2019	R\$ 9.364,83
	AGOSTO	13/08/2019	R\$ 9.364,83
	SETEMBRO	12/09/2019	R\$ 9.364,83
	OUTUBRO	12/11/2019	R\$ 9.364,83
RECEB. EFETIVADOS	TOTAL		R\$ 46.824,15

MUNICIPIOS	MESES	DATA	VALOR
IPIAÇU	JUNHO	12/07/2019	R\$ 15.000,00
	JULHO	23/07/2019	R\$ 15.000,00
	AGOSTO	13/08/2019	R\$ 15.000,00
	SETEMBRO	12/09/2019	R\$ 15.000,00
	OUTUBRO	14/10/2019	R\$ 3.313,81
RECEB. EFETIVADOS	TOTAL		R\$ 63.313,81

MUNICIPIOS	MESES	DATA	VALOR
SANTA VITÓRIA	JUNHO	12/07/2019	R\$ 6.363,22
	AGOSTO	13/08/2019	R\$ 6.363,22
	SETEMBRO	12/09/2019	R\$ 6.363,22
	OUTUBRO	14/10/2019	R\$ 6.363,22
	NOVEMBRO	12/11/2019	R\$ 6.363,22
RECEB. EFETIVADOS	TOTAL		R\$ 31.816,10

RECEBIMENTOS TOTAIS	PAGAMENTOS	ANULAÇÃO 09/06/2020
CACHOEIRA DOURADA	R\$ 50.224,15	R\$ 49.724,15
CANAPÓPOLIS	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61
CAPINÓPOLIS	R\$ 85.403,47	R\$ 85.403,47
GURINHATÁ	R\$ 46.824,15	R\$ 46.324,15
IPIAÇU	R\$ 63.313,81	R\$ 63.313,81
SANTA VITÓRIA	R\$ 31.816,10	R\$ 28.634,49
TOTAL	R\$ 280.263,29	R\$ 276.081,68

RECEBIMENTOS	VALOR
JUNHO	R\$ 21.664,83
JULHO	R\$ 73.028,05
AGOSTO	R\$ 43.028,05
SETEMBRO	R\$ 59.799,32
OUTUBRO	R\$ 36.066,69
NOVEMBRO	R\$ 28.028,05
DEZEMBRO	R\$ 18.648,30
TOTAL	R\$ 280.263,29

PAGAMENTOS HSJ	VALOR
17/07/2019	R\$ 3.181,61
17/08/2019	R\$ 9.544,83
17/08/2019	R\$ 8.044,83
13/09/2019	R\$ 40.160,93
09/10/2019	R\$ 44.642,54
13/11/2019	R\$ 54.487,37
10/12/2019	R\$ 51.605,76
23/12/2019	R\$ 24.752,88
20/01/2020	R\$ 6.663,22
07/02/2020	R\$ 32.997,71
TOTAL	R\$ 276.081,68

UBERLÂNDIA, 03/12/2020


LAURETINA PEREIRA DE ARAUJO
CRC MG-098579/O-8 CONTADOR

CONVENIO Nº 01/2019 - HOSPITAL SÃO JOSE DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO
VIGÊNCIA: 26/06/2019 A 31/01/2020

MUNICIPIO	PROCEDIMENTO	DATA PROC.	QTD	VALOR	TOTAL GERAL	MESES
CACHOEIRA DOURADA	HISTERECTOMIA TOTAL	20/08/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	PG 13/09/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	29/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	HISTERECTOMIA TOTAL	10/09/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	23/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 09/10/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	30/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	03/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	HISTERECTOMIA TOTAL	21/10/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	PG 13/11/2019
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	14/10/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	
	HISTERECTOMIA TOTAL	22/10/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	11/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	CONIZAÇÃO GINECOLÓGICA	15/11/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	PG 10/12/2019
	ADENOIDECTOMIA	22/12/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	
	HISTERECTOMIA TOTAL	09/12/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	PG 23/12/2019
	VARIZES UNILATERAL	31/01/2020	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	PG 07/02/2020
TOTAL				R\$ 49.724,15		

MUNICIPIO	PROCEDIMENTO	DATA PROC.	QTD	VALOR	TOTAL GERAL	MESES
CANAPOLIS	TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	31/10/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	PG 13/11/2019
TOTAL				R\$ 2.681,61		

MUNICIPIO	PROCEDIMENTO	DATA PROC.	QTD	VALOR	TOTAL GERAL	MESES
CAPINÓPOLIS	COLECISTECTOMIA ABERTA	28/06/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 17/07/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	01/07/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	10/07/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 16/08/2019
	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	16/07/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	06/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	12/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 13/09/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	19/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	20/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	21/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	03/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	05/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 09/10/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	10/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	18/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	28/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	21/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 13/11/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	23/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	22/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	14/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 10/12/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	25/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	26/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	03/12/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	13/12/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 23/12/2019
	COLECISTECTOMIA ABERTA	16/12/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	
	COLECISTECTOMIA ABERTA	15/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	PG 07/02/2020
TOTAL				R\$ 85.403,47		

Chaves

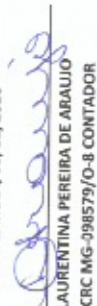
MUNICIPIO	PROCEDIMENTO	DATA PROC.	QTD	VALOR	TOTAL GERAL	MESES
GURINHATÁ	COLECISTECTOMIA ABERTA	25/07/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	JULHO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	29/07/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	JULHO
	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	22/08/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	26/08/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	02/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	12/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	17/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	14/11/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	17/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	HISTERECTOMIA TOTAL	19/11/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	02/12/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	VARIZES BILATERAL	04/12/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	HISTERECTOMIA TOTAL	10/12/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
	VARIZES BILATERAL	30/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	30/01/2020	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
TOTAL				R\$ 46.324,15		

MUNICIPIO	PROCEDIMENTO	DATA PROC.	QTD	VALOR	TOTAL GERAL	MESES
IPIACU	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	22/07/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	JULHO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	03/08/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	JULHO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	07/08/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	07/08/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	20/09/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
	LAQUEADORA TUBARIA	24/09/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	RINOSSEPTOPLASTIA	25/09/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	20/10/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	01/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	AGOSTO
	HISTERECTOMIA TOTAL	09/10/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
	POSTECTOMIA	17/10/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HISTERECTOMIA TOTAL	07/11/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	14/11/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	18/11/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HISTERECTOMIA TOTAL	19/11/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
SANTA VITÓRIA	HISTERECTOMIA TOTAL	26/11/2019	1	R\$ 3.981,61	R\$ 3.981,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	05/12/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	12/12/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	POSTECTOMIA	10/12/2019	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HEMORRHOIDECTOMIA	17/01/2020	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	HEMORRHOIDECTOMIA	27/01/2020	1	R\$ 2.681,61	R\$ 2.681,61	AGOSTO
	TOTAL		21	R\$ 63.313,81		

MUNICIPIO	PROCEDIMENTO	DATA PROC.	QTD	VALOR	TOTAL GERAL	MESES
SANTA VITÓRIA	COLECISTECTOMIA ABERTA	09/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	ARTRODESE DE MÍDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	13/09/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	DE 1 MEMBRO SUPERIOR	24/10/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	29/11/2019	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	ARTRODESE DE MÍDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	16/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	DE MEMBRO SUPERIOR	16/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	16/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	21/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	23/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	COLECISTECTOMIA ABERTA	27/01/2020	1	R\$ 3.181,61	R\$ 3.181,61	SETEMBRO
	TOTAL		9	R\$ 28.634,49		

TOTAL DE ATENDIMENTOS CONVÊNIO Nº 01/2019 R\$ 276.081,68

UBERLÂNDIA, 03/12/2020


LAURENTINA PEREIRA DE ARAÚJO
CRC MG-098579/O-8 CONTADOR

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3407

Data Emissão:

31/01/2020

Chave:

QLZROJIK**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 31/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

15.908,05

05 PROCEDIMENTO DE COLECISTECTOMIA ABERTA TOTAL R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 15.908,05

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**15.908,05****VALORES DA NFS-e**

Repassar/Dedução	0,00	Base de Cálculo	15.908,05	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
------------------	------	-----------------	-----------	----------	-------	----------	------------------	-----	------

TOTAL LÍQUIDO**15.908,05**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	31/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3407		
Chave	QLZROJIK	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3406

Data Emissão:

31/01/2020

Chave:

KRINHGOP**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 31/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

02 PROCEDIMENTO DE HEMORROIDECTOMIA TOTAL R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 5.363,22

5.363,22

RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO	
5.363,22	Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	5.363,22	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	0,00
								5.363,22	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	31/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3406		
Chave	KRINHGOP		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3405

Data Emissão:

31/01/2020

Chave:

DSLXWGUZ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 136 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 31/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

Inscrição Municipal:

E-mail: clinica@cistm.com.br

Telefone:

Endereço Cobrança:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	31/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3405		
Chave	DSLXWGUZ		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3404

Data Emissão:

31/01/2020

Chave:

NKBQSIWH**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 31/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

3.181,61

01 PROCEDIMENTO DE VARIZES BILATERAL TOTAL R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.181,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------	--------------	------	----------------	------

DESCONTOS

VALOR SERVIÇO	VALORES DA NFS-e										TOTAL LIQUIDO	
3.181,61	Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.181,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	0,00	ISS	0,00	3.181,61

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	31/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3404		
Chave	NKBQSIWH	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3403

Data Emissão:

31/01/2020

Chave:

ODDJPOMW**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 31/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

3.181,61

01 PROCEDIMENTO DE COLECISTECTOMIA ABERTA TOTAL R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.181,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO	VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO			
3.181,61	Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.181,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	3.181,61

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	31/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3403		
Chave	ODDJPOMW	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

36300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3402

Data Emissão:

31/01/2020

Chave:

HYBROTIB**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 31/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE VARIZES UNILATERAL VALOR UNITÁRIO R\$ 2681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e										TOTAL LIQUIDO					
2.681,61		Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo		2.681,61		Alíquota	0,00%	Retençã	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61			

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	31/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3402		
Chave	HYBROTIB	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3365

Data Emissão:

09/01/2020

Chave:

OELWQPEK**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 09/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

3.981,61

01 PROCEDIMENTO DE HISTERECTOMIA TOTAL R\$ 3.981,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.981,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e												TOTAL LIQUIDO			
3.981,61		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.981,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	3.981,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	09/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3365		
Chave	OELWQPEK		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3364

Data Emissão:

09/01/2020

Chave:

YQZFWSQZ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 01/2020 Dt. Prestação: 09/01/2020

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador do Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE PROSTECTOMIA - VALOR: UNITÁRIO R\$ 2.681,61 VALOR: TOTAL R\$ 2.681,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e										TOTAL LIQUIDO					
2.681,61		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	09/01/2020	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3364		
Chave	YQZFWSQZ		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3331

Data Emissão:

20/12/2019

Chave:

MXXTIMNG**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 20/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$

2.681,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------	--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO	VALORES DA NFS-e										TOTAL LIQUIDO	
2.681,61	Reposse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Reportar Aqui

Data Emissão	20/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA										
Número da NF	3331											
Chave	MXXTIMNG	Local / Data					Assinatura					

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3330

Data Emissão:

20/12/2019

Chave:

AQBQLBEE**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 20/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador do Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

3.181,61

01 PROCEDIMENTO DE VARIZES BILATERAL - VALOR UNITARIO R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.181,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**3.181,61****VALORES DA NFS-e**

Repassar/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.181,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	0,00
------------------	------	-----------------	----------	----------	-------	----------	------------------	------

TOTAL LÍQUIDO**3.181,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	20/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3330		
Chave	AQBQLBEE	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3329

Data Emissão:

20/12/2019

Chave:

JXRFTATS**HOSPITAL SÃO JOSE DA SOC DE SÃO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 20/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA UMBILICAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61

2.681,61

RETENÇÕES								DESCONTOS									
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicional	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e											TOTAL LIQUIDO				
2.681,61		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	20/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SÃO JOSE DA SOC DE SÃO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3329		
Chave	JXRFTATS	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3328

Data Emissão:

20/12/2019

Chave:

NKSTMJRF**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 20/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cism.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR

TOTAL R\$ 2.681,61

2.681,61**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repassar/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
------------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	20/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3328		
Chave	NKSTMJRF	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3327

Data Emissão:

20/12/2019

Chave:

XHXEJFZX**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 20/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador do Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

3.981,61

01 PROCEDIMENTO DE HISTERECTOMIA TOTAL VALOR UNITÁRIO R\$ 3.981,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.981,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**3.981,61****VALORES DA NFS-e**

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.981,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO**3.981,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão 20/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF 3327		
Chave XHXEJFZX	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3326

Data Emissão:

20/12/2019

Chave:

PFORXMTI**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: **21.320.064/0001-40**

Inscr. Estadual/RG:

Email: **HSJ.SSVP@GMAIL.COM**

Telefone:

Inscrição Municipal: **311**

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 20/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

9.544,83

03 PROCEDIMENTOS DE COLECISTECTOMIA ABERTA - VALOR UNITÁRIO 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 9.544,83

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**9.544,83****VALORES DA NFS-e**

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	9.544,83	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO**9.544,83**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão 20/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF 3326		
Chave PFORXMTI	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3285

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

VNIDBOWZ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador do Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3190 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

15.926,44

04 PROCEDIMENTO DE HISTERECTOMIA TOTAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.981,61 - VALOR TOTAL R\$ 15.926,44



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LÍQUIDO	
15.926,44		Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	15.926,44	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
								15.926,44	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3285		
Chave	VNIDBOWZ	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3284

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

OCXMPIJB**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO IND: 3TRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL

R\$ 2.681,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e												TOTAL LIQUIDO			
2.681,61		Repasso/Dedução		0,00	Base de Cálculo		2.681,61	Alíquota		0,00%	Retenção		ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3284		
Chave	OCXMPIJB	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3283

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

EQCGVYMD**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador do Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

3.181,61

01 PROCEDIMENTO DE ARDROSE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR - VALOR

UNITÁRIO R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.181,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**3.181,61****VALORES DA NFS-e**

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.181,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LÍQUIDO**3.181,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3283		
Chave	EQCGVYMD		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3282

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

WNNEGSDV**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE CONIZAÇÃO (GINECOLOGICA) - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$

2.681,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3282		
Chave	WNNEGSDV		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3281

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

VBIUAQFI**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO ADENECIDECTOMIA VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e												TOTAL LIQUIDO			
2.681,61		Repasso-Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3281		
Chave	VBIUAQFI	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3280

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

RHBWRZIL**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA UMBILICAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL

R\$ 2.681,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3280		
Chave	RHBWRZIL	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3279

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

BZKZWDIO**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019.

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO	
2.681,61	Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00	2.681,61

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	04/12/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3279		
Chave	BZKZWDIO		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3276

Data Emissão:

04/12/2019

Chave:

TTGFEKNE

HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 12/2019 Dt. Prestação: 04/12/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços

Valor Total

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019.

19.089,66

06 PROCEDIMENTOS DE COLECISTECTOMIA ABERTA - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.181,61 VALOR TOTAL R\$

19.089,66

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicional	0,00	Incondicional	0,00
-------------	------	---------------	------

VALOR SERVIÇO

19.089,66

VALORES DA NFS-e

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	19.089,66	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
-----------------	------	-----------------	-----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO

19.089,66

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão

04/12/2019

Número da NF

3276

Chave

TTGFEKNE

RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Local / Data

Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3226

Data Emissão:

07/11/2019

Chave:

BONLCTZO**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 11/2019 Dt. Prestação: 07/11/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

01 PROCEDIMENTO TUNEL OSTEIO FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61

VALOR TOTAL R\$ 2.681,61

2.681,61**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Reposse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão

07/11/2019

Número da NF

3226

Chave

BONLCTZO**RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local / Data

Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3225

Data Emissão:

07/11/2019

Chave:

TBWUEHRP**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 11/2019 Dt. Prestação: 07/11/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

01 PROCEDIMENTO DE PROSTECTOMIA - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61

2.681,61**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	07/11/2019
Número da NF	3225
Chave	TBWUEHRP

**RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local / Data

Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3224

Data Emissão:

07/11/2019

Chave:

ZRYCOEHR**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 11/2019 Dt. Prestação: 07/11/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019.

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA UMBILICAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.281,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.281,61

2.681,61

RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicional	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e										TOTAL LIQUIDO					
2.681,61		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	2.681,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	07/11/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3224		
Chave	ZRYCOEHR	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3223

Data Emissão:

07/11/2019

Chave:

VQNCOJND**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 11/2019 Dt. Prestação: 07/11/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61

VALOR TOTAL R\$ 2.681,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repassar/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
------------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão 07/11/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF 3223		
Chave VQNCOJND		
Local / Data		Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3222

Data Emissão:

07/11/2019

Chave:

SPWOEMXD**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: **21.320.064/0001-40**

Inscr. Estadual/RG:

Email: **HSJ.SSVP@GMAIL.COM**

Telefone:

Inscrição Municipal: **311**

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 11/2019 Dt. Prestação: 07/11/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

11.944,83

03 PROCEDIMENTOS DE HISTERECTOMIA TOTAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.981,61 - VALOR TOTAL R\$

11.944,83.

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**11.944,83****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	11.944,83	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	-----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**11.944,83**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão
07/11/2019

Número da NF
3222

Chave
SPWOEMXD

RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Local / Data

Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3221

Data Emissão:

07/11/2019

Chave:

LIVLTOZ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 11/2019 Dt. Prestação: 07/11/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO Nº 01/2019

31.816,10

10 PROCEDIMENTOS DE COLECISTECTOMIA ABERTA - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 31.816,10

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**31.816,10****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	31.816,10	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	-----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**31.816,10**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	07/11/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3221		
Chave	LIVLTOZ	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3143

Data Emissão:

03/10/2019

Chave:

ZCBFAYFE**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019
01 PROCEDIMENTO ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR
VALOR UNITÁRIO R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.181,61

3.181,61**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**3.181,61****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.181,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**3.181,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão 03/10/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF 3143		
Chave ZCBFAYFE		
Local / Data		Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3142

Data Emissão:

03/10/2019

Chave:

QQWMRHQS**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Dados do Tomador de Serviço

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBARIA - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61

**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão

03/10/2019

Número da NF

3142

Chave

QQWMRHQS**RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local / Data

Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3141

Data Emissão:

03/10/2019

Chave:

XLXWQPDE**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador do Serviço

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

3.981,61

01 PROCEDIMENTO DE PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.981,61 = VALOR TOTAL R\$ 3.981,61



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicional	0,00	Incondicional	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LÍQUIDO	
3.981,61	Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.981,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
								3.981,61	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	03/10/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3141		
Chave	XLXWQPDE		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:	Data Emissão:	Chave:
3140	03/10/2019	SDPKGBOH

HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40	Inscr. Estadual/RG:
Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM	Inscrição Municipal: 311
Telefone:	

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

2.681,61

01 PROCEDIMENTO DE RINOPLASTIA - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL R\$ 2.681,61



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO	
2.681,61	Repassar/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00	2.681,61

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	03/10/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3140		
Chave	SDPKGBOH		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3139

Data Emissão:

03/10/2019

Chave:

WTKVFAMJ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

3.981,61

01 PROCEDIMENTO DE HISTERECTOMIA TOTAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.981,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.981,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e												TOTAL LIQUIDO			
3.981,61		Repassar/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.981,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	3.981,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	03/10/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3139		
Chave	WTKVFAMJ		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3138

Data Emissão:

03/10/2019

Chave:

WEJQCULC**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

01 PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 - VALOR TOTAL

R\$ 2.681,61

2.681,61**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**2.681,61****VALORES DA NFS-e**

Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	2.681,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	----------	------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**2.681,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão 03/10/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF 3138		
Chave WEJQCULC		
Local / Data		Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3137

Data Emissão:

03/10/2019

Chave:

EJDWTJRA**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 10/2019 Dt. Prestação: 03/10/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

25.452,88

08 PROCEDIMENTOS DE COLPCECTOMIA ABERTA - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$

25.452,88



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicional	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e												TOTAL LIQUIDO			
25.452,88		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	25.452,88	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	25.452,88					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	03/10/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3137		
Chave	EJDWTJRA		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1064 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3092

Data Emissão:

05/09/2019

Chave:

WNKMZFTR

HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 09/2019 Dt. Prestação: 05/09/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador do Serviço

CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços

Valor Total

SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS CONFORME CONTRATO 01/2019

3.981,61

01 PROCEDIMENTO HISTERECTOMIA TOTAL - VALOR UNITÁRIO R\$ 3,981,61 - VALOR TOTAL R\$ 3.981,61



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e												TOTAL LIQUIDO			
3.981,61		Recesso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.981,61	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	3.981,61					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	05/09/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3092		
Chave	WNKMZFTR	Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3091

Data Emissão:

05/09/2019

Chave:

THELBOXQ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 09/2019 Dt. Prestação: 05/09/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME CONTRATO 01/2019

10.726,44

01 PROCEDIMENTOS HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) E EPIGASTRICA - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61

- VALOR TOTAL R\$ 10.726,44



RETENÇÕES										DESCONTOS							
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e										TOTAL LIQUIDO					
10.726,44		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	10.726,44	Alíquota	0,00%	Retenção	ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00	10.726,44					

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	05/09/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3091		
Chave	THELBOXQ		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3090

Data Emissão:

05/09/2019

Chave:

WZUOSIWQ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 09/2019 Dt. Prestação: 05/09/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

25.452,88

08 PROCEDIMENTOS DE COLECISTECTOMIA ABERTA - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.181,61 - VALOR TOTAL R\$ 25.452,88



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO	
25.452,88		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	25.452,88	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
								25.452,88	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	05/09/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3090		
Chave	WZUOSIWQ		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3050

Data Emissão:

07/08/2019

Chave:

OAWJGLUZ**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 08/2019 Dt. Prestação: 07/08/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador do Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: clinica@cistm.com.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

8.044,83

03 PROCEDIMENTOS DE HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - VALOR UNITÁRIO R\$ 2.681,61 VALOR TOTAL

R\$ 8.044,83



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO	
8.044,83		Repasso/Dedução	0,00	Base de Cálculo	8.044,83	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
								8.044,83	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	07/08/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3050		
Chave	OAWJGLUZ		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3049

Data Emissão:

07/08/2019

Chave:

NYVHSNIG**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Telefone:

Inscrição Municipal: 311

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 08/2019 Dt. Prestação: 07/08/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: luciano@amvapmg.org.br

Endereço Cobrança:

Telefone:

Inscrição Municipal:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS CONFORME CONTRATO NÚMERO 01/2019

9.544,83

03 PROCEDIMENTO DE COLECISTECTOMIA ABERTA - VALOR UNITÁRIO R\$ 3.181,61 VALOR TOTAL R\$ 9.544,83.



RETENÇÕES								DESCONTOS	
ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00
INSS	0,00	OUTROS	0,00	Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00		
VALOR SERVIÇO		VALORES DA NFS-e						TOTAL LIQUIDO	
9.544,83		Repass/Dedução	0,00	Base de Cálculo	9.544,83	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	0,00
								9.544,83	

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão	07/08/2019	RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF	3049		
Chave	NYVHSNIG		
		Local / Data	Assinatura

**MUNICIPIO DE ITUIUTABA**

38300-132 - Avn 17, 1084 - CENTRO - ITUIUTABA - MG

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número Nota Fiscal:

3016

Data Emissão:

18/07/2019

Chave:

VAAVLHSK**HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO**

Avn 3 - 196 - CENTRO - ITUIUTABA - MG - 38300-160

CNPJ/CPF: 21.320.064/0001-40

Inscr. Estadual/RG:

Email: HSJ.SSVP@GMAIL.COM

Inscrição Municipal: 311

Telefone:

Local de Prestação do Serviço: Ituiutaba

Local de Incidência do Serviço: Ituiutaba

Exigibilidade: Não Incidência

Simples Nacional: Não

Competência: 07/2019 Dt. Prestação: 18/07/2019

Retenção de ISS: SEM RETENÇÃO

Atividade: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Dados do Tomador de Serviço**CONSORCIO PUBLICO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO TRIANGULO MINEIRO**

Sub. Tributário: Não

AV ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL

UBERLANDIA - MG - CEP: 38402349

CNPJ/CPF: 18.151.467/0001-06

E-mail: luciano@amvapmg.org.br

Endereço Cobrança:

Inscrição Municipal:

Telefone:

Discriminação dos Serviços**Valor Total**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONFORME FATURA DO MÊS DE JUNHO DE 2019

3.181,61**RETENÇÕES**

ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00
-----	------	------	------	-----	------	--------	------	------	------	------	------	--------	------

DESCONTOS

Condicionado	0,00	Incondicionado	0,00
--------------	------	----------------	------

VALOR SERVIÇO**3.181,61****VALORES DA NFS-e**

Repasse/Dedução	0,00	Base de Cálculo	3.181,61	Alíquota	0,00%	Retenção ISS SEM RETENÇÃO	ISS	0,00
-----------------	------	-----------------	----------	----------	-------	---------------------------	-----	------

TOTAL LIQUIDO**3.181,61**A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <https://www.ituiutaba.mg.gov.br/>

Recortar Aqui

Data Emissão

18/07/2019

Número da NF

3016

Chave

VAAVLHSK**RECEBI DA EMPRESA HOSPITAL SAO JOSE DA SOC DE SAO VICENTE DE PAULO
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local / Data

Assinatura

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONVÊNIO CISTM Nº 01/2019 .

Em relação à Prestação de Contas do Convênio CISTM nº 01/2019, informamos que :

O Convênio foi executado através da conta corrente nº 62.737-2 , agência 0204-6 , Banco do Brasil. O período de vigência do Convênio foi de 24/06/2019 a 31/01/2020. O Objeto do Convênio foi a realização de cirurgias eletivas em conformidade com o Plano de Trabalho.

Informamos , que em 31/01/2020, final da vigência, o convênio apresentou saldo zerado, porém, nesta mesma data, foram emitidas as notas fiscais de realização das cirurgias eletivas no valor total de R\$ 32.997,71. Este valor foi depositado pelo CISTM somente no dia 07/02/2020 .

Este pagamento foi realizado fora da vigência do Convênio, já que neste mês de fevereiro a conta específica já estava sendo utilizada para o Convênio 001/2020.

Porém justifica-se que, dentro da vigência normal do Convênio, foram realizados os procedimentos cirúrgicos acordados entre a Instituição e o CISTM e emitidas as Notas Fiscais para pagamento , cumprindo-se o objeto do Convênio.

Em anexo a este documento, segue cópia de todas as Notas Fiscais emitidas pelo Hospital São José, referente aos pagamentos das cirurgias realizadas .

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Ituiutaba-MG, 13 de abril de 2020



Vicente Pereira da Silva
Diretor Presidente

Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



região:

os passos abaixo:

uso / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

156301430

Identificação do paciente

PACIENTE

704603132053920 - MARIA DE FATIMA LIMA
CAVALCANTE

NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DE LIMA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

04/04/1966 - 54 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA DE FATIMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32651374

ENDEREÇO

AVENIDA SETE, Nº 30

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301430

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

15/01/2020 - 11:52

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA
DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

01172122610 - LEANDRO BORGES MONTEIRO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

01172122610 - LEANDRO BORGES MONTEIRO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
VARIZES (BILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
VARIZES (BILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Paciente com cirurgia agendada para 31/01/2020

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130554739



Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 28/01/2020
Hora: 08:00
Usuário: marioado

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 704603132053920 Sexo: F
Nome: MARIA DE FATIMA LIMA CAVALCANTE
Data do Nascimento: 04/04/1966 Nome da Mãe:
Idade: 53
Telefone: () -
Endereço: SETE, 30 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001271211109105
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: VARIZES UNILATERAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



2001271211109105

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 31/01/2020 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:


MARIO AUGUSTO DE OLIVEIRA
CPF 127.865.428-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



150 808 430

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ação:

nos passos abaixo:

Desconectar
ações

NÚMERO DO LAUDO

449300076

Identificação do paciente

PACIENTE

123470372600001 - SEBASTIAO GOUVEIA DE SOUZA

NOME DA MÃE

JUDITH PEREIRA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

05/05/1964 - 55 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32694123

ENDEREÇO

FAZENDA SANTA BARBARA

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300076

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

29/01/2020 - 09:50

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08602158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040099- - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040099- - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - TORAXICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA CIRURGIA: 31/01/2020
HORA: 06:00

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130554728



CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 23/01/2020
Hora: 15:55
Usuário: fabianagrn

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 701408668689737 **Sexo:** M
Nome: SEBASTIÃO GOUVEIA DE SOUZA
Data do Nascimento: 05/05/1964 **Nome da Mãe:** JUDITH PEREIRA DA SILVA
Idade: 55
Telefone: (34) 9986-54073
Endereço: MANOEL INACIO FRANCO, 153 - CENTRO, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001231539578320
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



2001231539578320

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 30/01/2020 **Horário:** 06:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do(a) Secretário(a)
Dilma Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun de Saude

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



449 300 076

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



30201

Os passos abaixo:

Desconectar
ações

INFORMAÇÕES

SUPPORT

NÚMERO DO LAUDO

449300077

Identificação do paciente

PACIENTE

703002816214175 - ELIANDRA ABADIA DA SILVA

NOME DA MÃE

ZILANI ABADIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

a mesma

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

04/11/1976 - 43 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ELIANDRA ABADIA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999653258

ENDEREÇO

RUA RODRIGUES OLIVEIRA, Nº 155

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300077

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

29/01/2020 - 10:04

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

01172122610 - LEANDRO BORGES MONTEIRO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA CIRURGIA: 30/01/2020
HORA: 06:00

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130554222



CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 23/01/2020
Hora: 15:55
Usuário: fabianagr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 703002816214175 **Sexo:** F
Nome: ELIANDRA ABADIA DA SILVA
Data do Nascimento: 04/11/1976 **Nome da Mãe:** ZILANI ABADIA DA SILVA
Idade: 43
Telefone: (34) 9966-83240
Endereço: SITIO DUAS IRMÃS, 00 - ZONA RURAL, GURINHATÃ/MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001231537281652
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: VARIZES BILATERAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



2001231537281652

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 30/01/2020 **Horário:** 06:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas
Assinatura do(a) Secretário(a)

Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun. de Saúde

Assinatura do Paciente

449 300 047

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Seu acesso:

Seus dados abaixo:

Desconectar
ações

NÚMERO DO LAUDO

365800203

Identificação do paciente

PACIENTE

705401434778896 - APARECIDA CRISTINA DA SILVA

NOME DA MÃE

VALDETE MARIA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

09/04/1979 - 40 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

VALDETE MARIA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AV. MILTON CAMPOS, Nº 669

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800203

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/01/2020 - 14:27

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

8517846- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407020284- - HEMORROIDECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407020284- - HEMORROIDECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 26/01/2020 ÀS 18:00 HORAS. CIRURGIA DIA 27/01/2020 ÀS 06:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130553144



Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 07/01/2020
Hora: 16:37
Usuário: robertaipc**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**Cartão SUS: 705401434778896 Sexo: F
Nome: APARECIDA CRISTINA DA SILVA
Data do Nascimento: 09/04/1979 Nome da Mãe:
Idade: 40
Telefone: () -
Endereço: MILTON CAMPOS, 669 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000**DADOS DO ATENDIMENTO**Código: 2001061659518475
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HEMORROIDECTOMIA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

2001061659518475

LOCAL DO ATENDIMENTOData da Consulta/ Exame: 27/01/2020 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:**

INTERNAR DIA 26/01/2020 AS 18 HORAS, JEJUM ABSOLUTO, NÃO BEBER NEM ÁGUA.

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde**Assinatura do(a) Secretário(a)****Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação.

passos abaixo:

Desconectar
ações



ORMAÇÕES SUPORTE

NÚMERO DO LAUDO	154409679
Identificação do paciente	
PACIENTE	704201238265486 - MARIA JOSE DE OLIVEIRA SILVA
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRACAS DE OLIVEIRA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	08/10/1986 - 33 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	MARIA JOSE DE OLIVEIRA SILVA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	FAZENDA PLANINA, Nº 1 - SABA
BAIRRO	ZONA RURAL
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	SANTA VITORIA
Solicitação	
NÚMERO	154409679
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	08/01/2020 - 14:40
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO TEODORO (SANTA VITORIA)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	28744950691 - MARIVAR ALVES DE SOUZA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	28744950691 - MARIVAR ALVES DE SOUZA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026- - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026- - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	Agendada apr 27/01
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3120130553166



[Voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536Emissão: 16/01/2020
Hora: 10:01
Usuário: keniasv**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 704201238265486 **Sexo:** F
Nome: MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA SILVA
Data do Nascimento: 08/10/1986 **Nome da Mãe:** MARIA DAS GRAÇAS DE OLIVEIRA
Idade: 33
Telefone: (34) 9965-38069
Endereço: FAZENDA PLATINA I, S/N - ZONA RURAL, SANTA VITÓRIA/ MG
CEP: 38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001160919098597
Município de Procedência: SANTA VITÓRIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



2001160919098597

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 27/01/2020 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
 OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
 E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Serápio Xavier da Rocha Junior
 Secretário Municipal de Saúde
 Santa Vitória - MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



154109 099

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ações:

as ações abaixo:

uso / Desconectar
ações



INFORMAÇÕES



SUORTE

NÚMERO DO LAUDO

154409676

Identificação do paciente

PACIENTE

707602200535097 - ADEMAR JOSE DA SILVA

NOME DA MÃE

IZABEL SOUZA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

04/02/1970 - 50 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

ADEMAR JOSE DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA 16, Nº 79 - PERDILÂNDIA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SANTA VITÓRIA

Solicitação

NÚMERO

154409676

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

08/01/2020 - 13:12

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO
TEODORO (SANTA VITÓRIA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

AGENDADA PARA 23/01/2020 ÀS 18HS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130553056



Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE -
CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 16/01/2020
Hora: 10:01
Usuário: keniastv

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 707602200535097 Sexo: M
Nome: ADEMAR JOSÉ DA SILVA
Data do Nascimento: 04/02/1970 Nome da Mãe: IZABEL SOUZA SILVA
Idade: 49
Telefone: (34) 9976-82369
Endereço: RUA JOSÉ CUSTÓDIO, 265 - CENTRO, SANTA VITÓRIA/ MG
CEP: 38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001160909122471
Município de Procedência: SANTA VITÓRIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



2001160909122471

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 23/01/2020 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Geraldo Xavier da Rocha Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitória - MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

Kellen Cristina A. Diniz
Controladora e Avaliação
Secretaria Municipal de Saúde
16/01/2020



Assinatura do Paciente

Way
Sistemas

54 409 676

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Adicionar

Passos abaixo:

Desconectar
Sessões



NÚMERO DO LAUDO	154409675
Identificação do paciente	
PACIENTE	700505119913555 - ARENILDA MARCIA SIMIAO ALMEIDA
NOME DA MÃE	IRACI SIMIAO ALMEIDA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	29/09/1975 - 44 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	ARENILDA MARCIA SIMIAO ALMEIDA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA TREIS, Nº 209 - CHAVESLANDIA
BAIRRO	CENTRO
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	SANTA VITORIA
Solicitação	
NÚMERO	154409675
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	08/01/2020 - 10:49
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO TEODORO (SANTA VITORIA)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	AGENDADA PARA 21/01/2020
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3120130552671



Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE -
CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 16/01/2020
Hora: 10:01
Usuário: keniastv**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700505119913555 Sexo: F
Nome: ARENILDA MARCIA SIMIÃO ALMEIDA
Data do Nascimento: 29/09/1975 Nome da Mãe: IRACI SIMIÃO ALMEIDA
Idade: 44
Telefone: (34) 9871-96744
Endereço: AV TRÊS, 209 - CHAVESLÂNDIA, SANTA VITÓRIA/ MG
CEP: 38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001160903411193
Município de Procedência: SANTA VITÓRIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 21/01/2020 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:Geraldo Xavier da Rocha Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitória - MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

Kellen Cristina da Silva
Controladora e Avaliadora
Secretaria Municipal de Saúde
16/01/2020Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



154 409 075

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



passos:

passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

365800202

Identificação do paciente

PACIENTE

706002317197040 - MARIA OZILDA DE LIMA
SILVA

NOME DA MÃE

VIRGINIA MARQUES DE LIMA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

15/01/1961 - 59 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA OZILDA DE LIMA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996539834

ENDEREÇO

AVENIDA MATO GROSSO, N° 20

BAIRRO

PADRE CÍCERO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800202

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/01/2020 - 14:08

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407020284 - HEMORROIDECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407020284 - HEMORROIDECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 16/01/2020 ÀS 18:00 HORAS.
CIRURGIA DIA 17/01/2020 ÀS 06:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130552165



Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 07/01/2020
Hora: 16:36
Usuário: robertaipc**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS:

Nome:

Data do Nascimento:

Idade:

Telefone:

Endereço:

CEP:

706002317197040 Sexo: F

MARIA OZILDA DE LIMA SILVA

15/01/1961

Nome da Mãe: VIRGINIA MARQUES DE LIMA

58

(34) 9965-39834

AVENIDA MATO GROSSO, 20 - PADRE CICERO, IPIAÇU/ MG

38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código:

Município de Procedência: IPIAÇU

Procedimento:

Fornecedor:

Médico Solicitante:

2001061646463526

HEMORROIDECTOMIA

HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)

MEDICO PLANTONISTA



2001061646463526

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 17/01/2020 Horário: 07:00

Telefone: (34) 3271-7200

Endereço:

AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG

OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:**

INTERNAR NO DIA 16/01/2020 AS 18 HS, JEJUM ABSOLUTO, NÃO BEBER NEM ÁGUA.


Assinatura do(a) Secretário(a)**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente

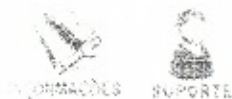
**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Adm:

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

154409678

Identificação do paciente

PACIENTE

700406959096341 - ELISIA BATISTA DE AZEVEDO

NOME DA MÃE

MARIA JOSE DE AZEVEDO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

12/01/1975 - 45 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ELISIA BATISTA DE AZEVEDO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA JOAO PESSOA, Nº 00 - CASA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

GOIÁS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BALIZA

Solicitação

NÚMERO

154409678

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

08/01/2020 - 13:31

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO TEODORO (SANTA VITORIA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

agenda para 15/01/2020 às 18hs

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3120130552100



Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 16/01/2020
Hora: 10:01
Usuário: keniaslv**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**Cartão SUS: 700406959096341 Sexo: F
Nome: ELISIA BATISTA DE AZEVEDO
Data do Nascimento: 12/01/1975 Nome da Mãe: MARIA JOSÉ DE AZEVEDO
Idade: 45
Telefone: (34) 9988-64875
Endereço: RUA DEZESSEIS, 91 - DOM ALEXANDRE, SANTA VITÓRIA/ MG
CEP: 38320-000**DADOS DO ATENDIMENTO**Código: 2001131332471314
Município de Procedência: SANTA VITÓRIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

2001131332471314

LOCAL DO ATENDIMENTOData da Consulta/ Exame: 16/01/2020 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO**OBSERVAÇÕES:**

PACIENTE DEVERA INTERNAR NO DIA 15/01/2020 AS 18:00

Geraldo Xavier da Rocha Junior
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitória - MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

16/01/2020

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

154409 096

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Para acessar o sistema, siga os passos abaixo:

1. Clique em:

Os passos abaixo:

Assinatura / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	154409674
Identificação do paciente	
PACIENTE	701002894464196 - MARIA ESTER DE SOUZA
NOME DA MÃE	SEBASTIANA PEREIRA DE MIRANDA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	09/07/1967 - 52 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	MARIA ESTER DE SOUZA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	FAZENDA MONTE BELO, Nº 37 - CASA
BAIRRO	ZONA RURAL
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	SANTA VITÓRIA
Solicitação	
NÚMERO	154409674
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	08/01/2020 - 10:14
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO TEODORO (SANTA VITÓRIA)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	Agendada para 16/01/2020
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3120130552088



[Voltar](#)

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 16/01/2020
Hora: 13:01
Usuário: kenistv

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 701002894464196 Sexo: F
Nome: MARIA ESTER DE SOUZA
Data do Nascimento: 09/07/1967 Nome da Mãe: SEBASTIANA PEREIRA DE MIRANDA
Idade: 52
Telefone: (34) 9996-55544
Endereço: FAZENDA MONTE BELO S/N - ZONA RURAL SANTA VITORIA/ MG
CEP: 38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001131320004485
Município de Procedência: SANTA VITORIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 16/01/2020 Horário: 09:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE DEVERÁ INTERNAR AS 21:00 DO DIA 15/01/2020

GERALDO KATIE DE SOUZA JÚNIOR
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitoria - MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

Hospital São José - SSVP
Dante Marques

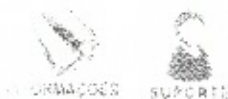
GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Selecione

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	437101047
Identificação do paciente	
PACIENTE	704309585043496 - SOLANGE LOPES DA SILVA
NOME DA MÃE	MARIA BEZERRA DA SILVA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	24/07/1971 - 48 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	A PRÓPRIA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, Nº 142
BAIRRO	SÃO JOÃO
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CAPINOPOLIS
Solicitação	
NÚMERO	437101047
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	10/01/2020 - 15:08
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ESPECIALIZADO. CIRURGIA DIA: 15/01/2020
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3120130551725



Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 13/01/2020
Hora: 08:43
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 704309585043496 Sexo: F
Nome: SOLANGE LOPES DA SILVA
Data do Nascimento: 24/07/1971 Nome da Mãe: MARIA BEZERRA DA SILVA
Idade: 48
Telefone: (-)
Endereço: MACEDO, 57 - CENTRO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 2001101350516010
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



2001101350516010

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 15/01/2020 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

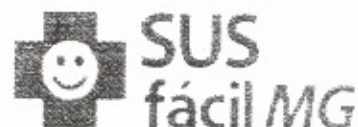
Way
Sistemas

Assinatura do(a) Secretário(a)

Assinatura do Paciente



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação

as pessoas abaixo:

Desconectar
ações

INFORMAÇÕES

SUPORE

NÚMERO DO LAUDO

437101035

Identificação do paciente

PACIENTE

702001305728689 - CICERO JOAQUIM DOS SANTOS

NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/07/1952 - 67 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32630354

ENDEREÇO

RUA CEM, Nº 149

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437101035

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

12/12/2019 - 15:11

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026- COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026- COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129798961



Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 09/12/2019
Hora: 10:32
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 702001305728689 Sexo: M
Nome: CICERO JOAQUIM DOS SANTOS
Data do Nascimento: 20/07/1952 Nome da Mãe:
Idade: 67
Telefone: (34) -
Endereço: CEM, 149 - CENTRO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911291617371189
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911291617371189

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 16/12/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

437 301 035

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Atenção:

Para acessar clique nos botões abaixo:

Desconectar
sessões



NÚMERO DO LAUDO

437101031

Identificação do paciente

PACIENTE

701005836132499 - MARIA APARECIDA
FERNANDES

NOME DA MÃE

ANASTACIA BATISTA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

01/07/1955 - 64 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA APARECIDA FERNANDES

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32630369

ENDEREÇO

RUA MEDEIROS, Nº 231

BAIRRO

FLORÊNCIO II

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437101031

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

12/12/2019 - 14:00

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129798884



Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 17/12/2019
Hora: 15:29
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 701005836132499 Sexo: F
Nome: MARIA APARECIDA FERNANDES
Data do Nascimento: 01/07/1955 Nome da Mãe: ANASTACIA BATISTA DA SILVA
Idade: 64
Telefone: () -
Endereço: MEDEIROS, 231 - FLORENCIO II, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1912161336095581
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1912161336095581

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 13/12/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS. 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PP/ Eliene Local
Assinatura do(a) Secretário(a)

Sandra A. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Assinatura: HG

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



137 301 031

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Assinatura

Assinatura abaixo:

Assinatura / Desconectar
Assinatura

NÚMERO DO LAUDO

365800195

Identificação do paciente

PACIENTE

705806480752730 - JOAO DA CRUZ DE SOUSA LIMA

NOME DA MÃE

ALDENORA EMILIA DE SOUSA LIMA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

24/01/1979 - 41 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

JOÃO DA CRUZ DE SOUSA LIMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996927674

ENDEREÇO

AV. ÂNGELO REZENDE GUIMARÃES, Nº 337

BAIRRO

PADRE CÍCERO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800195

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

27/11/2019 - 16:17

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040129- - HERNIOPLASTIA UMBILICAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040129- - HERNIOPLASTIA UMBILICAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 11/12/2019 ÀS 21:00 HORAS.
CIRURGIA DIA 12/12/2019 ÀS 09:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129798830

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349

Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 26/11/2019

Hora: 17:03

Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 705806480752730 **Sexo:** M
Nome: JOÃO DA CRUZ DE SOUSA LIMA
Data do Nascimento: 24/01/1979 **Nome da Mãe:**
Idade: 40
Telefone: (34) 9969-27672
Endereço: ÂNGELO RESENDE GUIMARÃES, 337 - PADRE CICERO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911251317433903
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA UMBILICAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911251317433903

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 12/12/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 11/12/2019 ÀS 21:00 HORAS. CIRURGIA DIA 12/12/2019 ÀS 09:00 HORAS. O
PACIENTE DEVERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12:00 HORAS. (NÃO PODE TOMAR ÁGUA)

Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretaria de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ação:

os passos abaixo:

30 / Desconectar
ações

NÚMERO DO LAUDO

449300070

Identificação do paciente

PACIENTE

706806289865923 - AVANEIDE BASILIO

NOME DA MÃE

MARIA DA LUZ BASILIO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

25/04/1973 - 46 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996646276

ENDEREÇO

RUA RIO DE JANEIRO, Nº 125

BAIRRO

ADALARDO MUNIZ BORGES

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300070

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

10/12/2019 - 10:22

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

58871900600 - CARLOS ROBERTO FERREIRA
DE ALMEIDA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA INTERNAÇÃO: 15/12/2019 AS 17:00
HRS

DATA DA CIRURGIA: 16/12/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129798972

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 03/01/2020
Hora: 13:44
Usuário: pollyannagr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 706806289865923 **Sexo:** F
Nome: AVANEIDE BASILIO DE LIMA
Data do Nascimento: 25/04/1973 **Nome da Mãe:** MARIA DA LUZ BASILIO
Idade: 46
Telefone: (34) 9966-49276
Endereço: SAO PAULO, 12 - ADALARDO MUNIZ BORGES, GURINHATÁ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1912261657227761
Município de Procedência: GURINHATÁ
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1912261657227761

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 10/12/2019 **Horário:** 06:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas

Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Mun. de Saude
Assinatura do(a) Secretário(a)

Assinatura do Paciente



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Indicar:

Indicar pessoas abaixo:

Desconectar
ações

NÚMERO DO LAUDO

365800198

Identificação do paciente

PACIENTE

709001869954910 - MARCOS APARECIDO
NOGUEIRA DA SILVA

NOME DA MÃE

MARIA LUCIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

12/10/1996 - 24 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARCOS APARECIDO NOGUEIRA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AV. ÂNGELO REZENDE GUIMARÃES, Nº 559

BAIRRO

PADRE CICERO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800198

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

09/12/2019 - 13:09

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517848 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE
RODRIGUES DA CUNHA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE
RODRIGUES DA CUNHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409050083- - POSTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409050083- - POSTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 10/12/2019 ÀS 06:00 HORAS
CIRURGIA DIA 10/12/2019 ÀS 07:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129798268

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 27/12/2019
Hora: 14:25
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 709001869954910 Sexo: M
Nome: MARCOS APARECIDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Nascimento: 12/10/1995 Nome da Mãe:
Idade: 24
Telefone: (34) 9996-93870
Endereço: ÂNGELO REZENDE GUIMARÃES, 559 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1912271331039708
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: POSTECTOMIA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1912271331039708

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 10/12/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE DEVERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12:00 HORAS

Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Unidade: Hospital São José - Ituiutaba

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

156301413

Identificação do paciente

PACIENTE

705007895586454 - MAISA APARECIDA SILVA
FERREIRA

NOME DA MÃE

DOROTY GONCALVES DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

28/09/1984 - 35 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

Maisa Aparecida

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA DAS AMERICAS, Nº 150

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301413

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

06/12/2019 - 08:52

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA
DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Paciente com cirurgia marcada para 09/12

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129798257

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 06/12/2019
Hora: 11:21
Usuário: heloisacd**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 705007895586454 **Sexo:** F
Nome: MAISA APARECIDA SILVA FERREIRA
Data do Nascimento: 28/09/1984 **Nome da Mãe:** DOROTY GONCALVES DA SILVA
Idade: 35
Telefone: () -
Endereço: DAS AMERICAS, 150 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1912060804117128
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 09/12/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

MÁRIO JOSÉ OLIVEIRA
CPF: 12.124.412-14
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)**Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

156 301 A13

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Atenção:

Os dados abaixo:

so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	365800196
Identificação do paciente	
PACIENTE	ROSILDA DE OLIVEIRA
NOME DA MÃE	ROSALINA BRAZ DE OLIVEIRA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	17/06/1974 - 45 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	ROSILDA DE OLIVEIRA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 32521277
ENDEREÇO	RUA DENIZAR IVAIR DOS SANTOS
BAIRRO	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	IPIACU
Solicitação	
NÚMERO	365800196
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	27/11/2019 - 16:25
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPIACU (IPIACU)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407040064 - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407040064 - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	INTERNAR DIA 04/12/2019, CIRURGIA DIA 05/12/2019,
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129797730

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 25/11/2019
Hora: 11:46
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 708204618717945 Sexo: F
Nome: ROSILDA DE OLIVEIRA
Data do Nascimento: 17/06/1974 Nome da Mãe: ROSALINA BRAZ DE OLIVEIRA
Idade: 45
Telefone: (34) 9996-03310
Endereço: RUA DENIZAR RIVAIR DOS SANTOS, 57 - DOUTOR CARLOS
ALVARENGA, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911211710597454
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911211710597454

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 05/12/2019 Horário: 09:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 04/12/2019 ÀS 21:00 HORAS. CIRURGIA DIA 05/12/2019 ÀS 09:00 HORAS. JEJUM
ABSOLUTO DE 12:00 HORAS (NÃO PODE TOMAR ÁGUA)

Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Atenciosamente,

Assinaturas abaixo:

Assinatura / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	449300069
Identificação do paciente	
PACIENTE	708402268129264 - ADRIANA APARECIDA MACEDO
NOME DA MÃE	MARIA CANDIDA DE MACEDO
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	03/11/1978 - 41 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	A MESMA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 999618682
ENDEREÇO	FAZENDA SÃO JERONIMO, Nº 00 - CASA
BAIRRO	ZONA RURAL
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	GURINHATA
Solicitação	
NÚMERO	449300069
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	02/12/2019 - 16:24
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	06098195692 - LAIS ARAUJO BARBOSA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	01172122610 - LEANDRO BORGES MONTEIRO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)
PROCEDIMENTO REALIZADO	0406020566 - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)
CLÍNICA	CLINICOS - CLINICA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	DATA DA CIRURGIA: 04/12/2019 HORA: 06:00 HORAS DATA DA INTERNAÇÃO: 04/12/2019
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129797344

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 05/12/2019
Hora: 08:56
Usuário: pollyannagr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 708402268129264 **Sexo:** F
Nome: ADRIANA APARECIDA MACEDO
Data do Nascimento: 03/11/1978 **Nome da Mãe:** MARIA CANDIDA DE MACEDO
Idade: 41
Telefone: (34) 9964-33452
Endereço: SÃO JERONIMO, 00 - ZONA RURAL, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1912021429458257
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: VARIZES BILATERAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

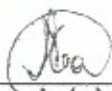


1912021429458257

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 04/12/2019 **Horário:** 06:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:


Assinatura do(a) Secretário(a)
Adriana Aparecida Macedo
Diretora Depto. Mun. de Saúde

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



449 300 069

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Na página abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	437101019
Identificação do paciente	
PACIENTE	704703794695632 - ANA PAULA DA SILVA
NOME DA MÃE	ALICE DA SILVA MARIANO
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	08/01/1989 - 31 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	A PRÓPRIA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 96613181
ENDEREÇO	RUA MEDEIROS, Nº 192 - CASA
BAIRRO	NOVO HORIZONTE
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CAPINOPOLIS
Solicitação	
NÚMERO	437101019
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	29/11/2019 - 15:25
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ESPECIALIZADO. CIRURGIA MARCADA PARA O DIA 03/12/2019.
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129797289

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 09/12/2019
Hora: 15:22
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 704703794695632 Sexo: F
Nome: ANA PAULA DA SILVA
Data do Nascimento: 08/01/1989 Nome da Mãe: ALICE DA SILVA MARIANO
Idade: 30
Telefone: () -
Endereço: MEDEIROS, 192 - NOVO HORIZONTE, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911291616166461
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 03/12/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



Assinatura do Paciente

Way
Sistemas

404.301 039

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Laudo

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

449300068

Identificação do paciente

PACIENTE

700007082682500 - FRANCISCA DE MEDEIROS
RAFAEL

NOME DA MÃE

MARIA GALDINA DA ANUCIAÇÃO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

04/05/1958 - 61 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996712119

ENDEREÇO

FAZENDA DOIS IRMÃOS

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300068

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

28/11/2019 - 10:41

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040099- - HERNIOPLASTIA INGUINAL
(BILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040099- - HERNIOPLASTIA INGUINAL
(BILATERAL)

CLÍNICA

CLINICOS - CLINICA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA INTERNAÇÃO: 01/12/2019
HORA: 18:00HORAS

DATA DA CIRURGIA: 02/12/2019
HORA: 06:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129797245

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 28/11/2019
Hora: 09:53
Usuário: lisleigr**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700007082682500 Sexo: F
Nome: FRANCISCA MEDEIROS RAFAEL
Data do Nascimento: 04/05/1958 Nome da Mãe: MARIA GALDINA DA ANUNCIAÇÃO
Idade: 61
Telefone: (34) 9967-12119
Endereço: DOIS IRMÃOS, 00 - ZONA RURAL, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911270938164230
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911270938164230

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 02/12/2019 Horário: 06:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE INTERNARÁ AS 18:00 DO DIA 01/12/2019.

Patricia Nunes de Oliveira
Secretaria Depto. Mun. de Saude
Assinatura do(a) Secretário(a)

**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente

442300 008

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ações.

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

365800194

Identificação do paciente

PACIENTE

700503113298253 - ADRIANA RODRIGUES
FERREIRA

NOME DA MÃE

NIVA RODRIGUES FERREIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

24/04/1983 - 36 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ADRIANA RODRIGUES FERREIRA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA TRIÂNGULO, Nº 67

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800194

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

20/11/2019 - 08:32

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

8517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

58871900600 - CARLOS ROBERTO FERREIRA
DE ALMEIDA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

58871900600 - CARLOS ROBERTO FERREIRA
DE ALMEIDA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 25/11/2019 ÀS 18:00 HORAS.
CIRURGIA DIA 26/11/2019 ÀS 06:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129796310

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 21/11/2019
Hora: 15:54
Usuário: robertaipc**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700503113298253 Sexo: F
Nome: ADRIANA RODRIGUES FERREIRA
Data do Nascimento: 24/04/1983 Nome da Mãe: NIVA RODRIGUES FERREIRA
Idade: 36
Telefone: (34) 9989-58248
Endereço: TRIÂNGULO, 67 - CENTRO, IPIÁÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911121531411738
Município de Procedência: IPIÁÇU
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911121531411738

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 26/11/2019 Horário: 06:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 25/11/2019 ÀS 18:00 HORAS, CIRURGIA DIA 26/11/2019 ÀS 06:00 HORAS. O
PACIENTE DEVERÁ ESTAR DE JEJUM ABSOLUTO DE 12:00 HORAS. (NÃO PODE TOMAR ÁGUA)

Roberta de Oliveira Mendes
Assinatura do(a) Secretário(a)

Assinatura do Paciente

Way
Sistemas

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



mão:

as pessoas abaixo:

uso / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437101008

Identificação do paciente

PACIENTE

706508367070398 - FRANCISCA TEOFILO DE MELO

NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

11/08/1945 - 74 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA TEOFILO DE MELO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32632078

ENDEREÇO

RUA MAXIMIANO, Nº 1550

BAIRRO

IDEAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437101008

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

19/11/2019 - 16:35

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTO CIRURGICO - CIRURGIA DIA 26/11/2019.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129796321

[Voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 21/11/2019
Hora: 09:37
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 706508367070398 Sexo: F
Nome: FRANCISCA TEOFILO DE MELO
Data do Nascimento: 11/08/1945 Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
Idade: 74
Telefone: () -
Endereço: MAXIMIANO, 1550 - IDEAL, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911200818454478
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911200818454478

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 26/11/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:


Assinatura do(a) Secretário(a)

Juliana Pa. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Uberlândia/MG

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



437 Jc 008
437 Jc 007

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Nome:

Passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	437100993
Identificação do paciente	
PACIENTE	704203233564185 - ANA MARIA ALVES DIAS
NOME DA MÃE	SENHORINHA ALVES DA CRUZ
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	17/06/1968 - 51 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	A PRÓPRIA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 996627645
ENDEREÇO	RUA JOÃO NEGUINHO, Nº 38
BAIRRO	BURITIS
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CAPINOPOLIS
Solicitação	
NÚMERO	437100993
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	08/11/2019 - 14:27
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ESPECIALIZADO.
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129795716

Voltar

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

- CISTM -

CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 12/11/2019
Hora: 08:26
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 704203233564185 Sexo: F
Nome: ANA MARIA ALVES DIAS
Data do Nascimento: 17/06/1968 Nome da Mãe: SENHORINHA ALVES DA CRUZ
Idade: 51
Telefone: () -
Endereço: JOAO NEGUINHO, 38 - BURITIS, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910311640365081
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910311640365081

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 25/11/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Assinatura do(a) Secretário(a) Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis, MG

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



439 100 993

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Ativo:

Ativos abaixo:

Desconectar
Ativos



INFORMAÇÕES



SUPOORTE

NÚMERO DO LAUDO

156301409

Identificação do paciente

PACIENTE

708805765702623 - ISAAC NOTELES NOVAES

NOME DA MÃE

ROSANA DAS DORES NOTELES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

30/04/2010 - 9 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

Rosana das Dores

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA 11, Nº 05

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301409

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

21/11/2019 - 10:02

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

08043029601 - ANNA PAULA DUTRA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08043029601 - ANNA PAULA DUTRA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404010032- - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0404010032- - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - OTORRINOLARINGOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Paciente com cirurgia agendada para 22/11

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129795705

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 27/11/2019
Hora: 07:45
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 706805765702623 Sexo: M
Nome: ISAAC NOTELES NOVAES Nome da Mãe: ROSANA DAS DORES NOTELES
Data do Nascimento: 30/04/2010
Idade: 9
Telefone: () -
Endereço: 11, 05 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911210928295417
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: ADENOIDECTOMIA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911210928295417

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 22/11/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPT 122.685.428-54

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

156 301 409

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



NÚMERO DO LAUDO

365800189

Identificação do paciente

PACIENTE

700007202360300 - FERNANDA PEREIRA DA
SILVA SANTOS

NOME DA MÃE

ILZA MARIA DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

25/08/1977 - 42 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

FERNANDA PEREIRA DA SILVA SANTOS

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996921868

ENDEREÇO

RUA SAHIA, Nº 277

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800189

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

06/11/2019 - 12:29

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060216 - OOFORRECTOMIA /
OOFOROPLASTIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060216 - OOFORRECTOMIA /
OOFOROPLASTIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA: 19/11/2019 ÀS 06:00 HORAS.
CIRURGIA DIA: 19/11/2019 ÀS 07:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129795243

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 11/11/2019
Hora: 13:52
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700007202360300 Sexo: F
Nome: FERNANDA PEREIRA SILVA SANTOS
Data do Nascimento: 25/08/1977 Nome da Mãe: ILZA MARIA DOS SANTOS
Idade: 42
Telefone: (34) 9969-21868
Endereço: RUA BAHIA, 277 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911061510154345
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 19/11/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 19/11/2019 ÀS 06:00 HORAS, CIRURGIA DIA 19/11/2019 ÀS 07:00 HORAS. A
PACIENTE DEVERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12 HORAS.

Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



NÚMERO DO LAUDO

449300067

Identificação do paciente

PACIENTE

708202177450541 - LUCIENE CANDIDA MIRANDA

NOME DA MÃE

ELENI MIRANDA VIEIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

24/11/1986 - 33 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999736082

ENDEREÇO

FAZENDA SANTA BÁRBARA - CASA

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300067

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

11/11/2019 - 13:10

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

00598363505 - RAFAEL BEZERRA DE OLIVA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

58871900600 - CARLOS ROBERTO FERREIRA DE ALMEIDA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA INTERNAÇÃO: 18/11/2019
HORA: 18:00 HORASDATA DA CIRURGIA: 19/11/2019
HORA: 06:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129795232

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 12/11/2019
Hora: 14:10
Usuário: fabianagr**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 708202177450541 Sexo: F
Nome: LUCIENE CANDIDA MIRANDA
Data do Nascimento: 24/11/1986 Nome da Mãe: ELENI MIRANDA VIEIRA
Idade: 32
Telefone: (34) 9996-32871
Endereço: TAMBURIL - SANTA BARBARA, 00 - ZONA RURAL, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911111341531454
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911111341531454

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 19/11/2019 Horário: 06:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

DATA DA INTERNAÇÃO: 18/11/2019 HORA: 18:00 HORAS


Assinatura do(a) Secretário(a)Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun. de Saude

Assinatura do Paciente

Way
Sistemas

449 600 004

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Atenção:

As pessoas abaixo:

Desconectar
recursos



NÚMERO DO LAUDO	365800188
Identificação do paciente	
PACIENTE	706805213132223 - MANOEL JESUS DOS SANTOS
NOME DA MÃE	MARIA AMBROSINA DE JESUS
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	12/06/1959 - 60 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	MARIA AMBROSINA DE JESUS
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 996559729
ENDEREÇO	RUA DUQUE DE CAXIAS, Nº 136
BAIRRO	PORONGABA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	IPIACU
Solicitação	
NÚMERO	365800188
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	06/11/2019 - 10:39
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407040153 - HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407040153 - HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	INTERNAR DIA 17/11/2019 ÀS 21:00 HORAS, CIRURGIA DIA 18/11/2019 ÀS 09:00 HORAS.
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129794770

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 11/11/2019
Hora: 13:51
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 706805213132223 **Sexo:** M
Nome: MANOEL JESUS DOS SANTOS
Data do Nascimento: 12/06/1959 **Nome da Mãe:** MARIA AMBROSINA DE JESUS
Idade: 60
Telefone: (34) 9997-52085
Endereço: DUQUE DE CAXIAS, 136 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911061500499375
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA UMBILICAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911061500499375

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 18/11/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 17/11/2019 ÀS 21:00 HORAS, CIRURGIA DIA 18/11/2019 ÀS 09:00 HORAS. O
PACIENTE DEVERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12 HORAS.

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação:

os passos abaixo:

Ass / Desconectar
ações

NÚMERO DO LAUDO

449300064

Identificação do paciente

PACIENTE

706801252874525 - DELIM JOSE DA SILVA

NOME DA MÃE

MARIA AMERICA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/06/1959 - 60 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996990856

ENDEREÇO

FAZENDA PANTANO

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300064

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

29/10/2019 - 15:08

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA CIRURGIA: 17/11/2019
HORA DA CIRURGIA: 18:00 H

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129794748

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 04/11/2019
Hora: 17:28
Usuário: marizagr****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE****Cartão SUS:** 706801252874525 **Sexo:** M
Nome: DELIM JOSE DA SILVA
Data do Nascimento: 20/06/1959 **Nome da Mãe:** MARIA AMERICA DA SILVA
Idade: 60
Telefone: (34) 9976-30911
Endereço: SANTOS REIS, 00 - ZONA RURAL, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000**DADOS DO ATENDIMENTO****Código:** 1910291555132586
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

1910291555132586

LOCAL DO ATENDIMENTO**Data da Consulta/ Exame:** 17/11/2019 **Horário:** 18:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:***Rabiana Nunes de Oliveira*
Diretora Depto. Mun. de Saude**Assinatura do(a) Secretário(a)****Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

449 300 064

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Arquivo

Os passos abaixo:

Assinar / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	156301407
Identificação do paciente	
PACIENTE	700907980944298 - ISABELA GOMES CAMPELO DE SOUZA
NOME DA MÃE	LUZINETH GOMES DA SILVA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	08/12/1989 - 30 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	Daniel
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	AVENIDA NOVE, Nº 51
BAIRRO	CENTRO
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CACHOEIRA DOURADA
Solicitação	
NÚMERO	156301407
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	11/11/2019 - 09:57
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	58871900600 - CARLOS ROBERTO FERREIRA DE ALMEIDA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	58871900600 - CARLOS ROBERTO FERREIRA DE ALMEIDA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0409060038- - EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO
PROCEDIMENTO REALIZADO	0409060038- - EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO
CLÍNICA	CIRURGICOS - GINECOLOGIA
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	Paciente com cirurgia agendada para 15/11
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129794726

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 27/11/2019
Hora: 07:46
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 700907980944298 Sexo: F
Nome: ISABELA GOMES CAMPELO DE SOUZA
Data do Nascimento: 08/12/1989 Nome da Mãe: LUZINETH GOMES DA SILVA
Idade: 29
Telefone: () -
Endereço: NOVE, 00 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911111011074230
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: CONIZAÇÃO (GINECOLÓGICA)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911111011074230

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 15/11/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF 122.065.426-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



156301 407

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



NÚMERO DO LAUDO

365800193

Identificação do paciente

PACIENTE

NOME DA MÃE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

SEXO

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Solicitação

NÚMERO

SITUAÇÃO

DATA - HORA

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

OBSERVAÇÕES

CENTRAL DE REGULAÇÃO

NÚMERO DA AIH

708000895412926 - JOAO JOSE DA LUZ

FRANCISCA MARIA DA LUZ

11/01/1945 - 75 anos

MASCULINO

JOÃO JOSE DA LUZ

(34) 999655578

RUA ARTHUR BERNARDES, Nº 610

CENTRO

MINAS GERAIS

IPIACU

365800193

INTERNAÇÃO REALIZADA

20/11/2019 - 07:51

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE IPIACU (IPIACU)

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL /
CRURAL (UNILATERAL)0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL /
CRURAL (UNILATERAL)

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

ELETIVO

ELETIVA

INTERNAR DIA 13/11/2019 ÀS 21:00 HORAS.
CIRURGIA DIA 14/11/2019 ÀS 09:00 HORAS.

UBERLÂNDIA

-3119129795661

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 11/11/2019
Hora: 13:53
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS:

708000895412926 Sexo: M

Nome:

JOÃO JOSÉ DA LUZ

Data do Nascimento:

11/01/1945

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA LUZ

Idade:

74

Telefone:

(34) 9996-55578

Endereço:

RUA ARTHUR BERNARDES, 610 - CENTRO, IPIAÇU/ MG

CEP:

38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código:

1911061427443254

Município de Procedência: IPIAÇU

Procedimento:

HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

Fornecedor:

HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)

Médico Solicitante:

MEDICO PLANTONISTA



1911061427443254

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 14/11/2019 Horário: 09:00

Telefone: (34) 3271-7200

Endereço:

AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG

OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 13/11/2019 ÀS 21:00 HORAS, CIRURGIA DIA 14/11/2019 ÀS 09:00 HORAS. O
PACIENTE DEVERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12 HORAS.

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente



365 800293

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



NÚMERO DO LAUDO

437101002

Identificação do paciente

PACIENTE

709209231200530 - MARIA EURIPEDES DIAS

NOME DA MÃE

ZEZITA MACEDO RAMOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

12/01/1958 - 62 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ZEZITA MACEDO RAMOS

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32633436

ENDEREÇO

RUA NOVENTA E DOIS, Nº 631

BAIRRO

CAMPOS ELISEOS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437101002

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

18/11/2019 - 14:02

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SÃO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129795254

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 31/10/2019
Hora: 16:35
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 709209231200530 Sexo: F
Nome: MARIA EURIPEDES DIAS
Data do Nascimento: 12/01/1958 Nome da Mãe: ZEZITA MACEDO RAMOS
Idade: 61
Telefone: () -
Endereço: NOVENTA E DOIS, 631 - CAMPOS ELISEOS, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910311538096069
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910311538096069

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 14/11/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Apa. Barbosa Fer
Secretária Municipal de
Capinópolis, MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



437 JOL 008

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



SAÚDE

em passos abaixo:

Info / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

449300066

Identificação do paciente

PACIENTE

700805901664490 - BETANIA APARECIDA DO CARMO

NOME DA MÃE

MARIA ABADIA DO CARMO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

17/02/1975 - 45 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA ADELINO CARVALHO DE AZAMBUJA,
Nº 1038 - CASA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300066

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

06/11/2019 - 13:11

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

00125014767 - CLAUDIO RENATO MELO DE
OLIVEIRA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408060379- - RETIRADA DE PLACA E/OU
PARAFUSOS

PROCEDIMENTO REALIZADO

0408060379- - RETIRADA DE PLACA E/OU
PARAFUSOS

CLÍNICA

CIRURGICOS - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA CIRURGIA: 14/11/2019
HORA DA CIRURGIA: 14:10

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129794715

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG

CEP: 38402-349

Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 08/11/2019

Hora: 14:23

Usuário: lisleignr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700805901664490 **Sexo:** F
Nome: BETANIA APARECIDA DO CARMO
Data do Nascimento: 17/02/1975 **Nome da Mãe:** MARIA ABADIA DO CARMO
Idade: 44
Telefone: (34) 9189-0658
Endereço: ADELINO CARVALHO AZAMBUJA, 1038 - CENTRO, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911061406023823
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911061406023823

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 14/11/2019 **Horário:** 14:10 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

DATA DA INTERNAÇÃO: 14/11/2019 HORA: 07:00 HORAS


Rafael Nunes de Oliveira
Assinatura do(a) Secretário(a)

**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente

113 300 000

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



NÚMERO DO LAUDO

156301402

Identificação do paciente

PACIENTE

700002228873300 - ANDREIA APARECIDA SANTOS

NOME DA MÃE

DORALICE GONCALVES DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

10/01/1979 - 41 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ANDREIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA 11, Nº 00

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301402

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

06/11/2019 - 08:02

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525- UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Paciente com cirurgia agendada para 11/11

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129793626

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 11/11/2019
Hora: 08:39
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 700002228873300 Sexo: F
Nome: ANDREIA APARECIDA SANTOS
Data do Nascimento: 10/01/1979 Nome da Mãe: DORALICE GONCALVES DOS SANTOS
Idade: 40
Telefone: () -
Endereço: 11, 00 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1911060914124172
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1911060914124172

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 11/11/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

M. A. Oliveira
MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF 122.585.426-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

156301 A08

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



2020

em passos abaixo:

Desconectar
ações

INFORMAÇÕES

SUORTE

NÚMERO DO LAUDO

365800186

Identificação do paciente

PACIENTE

700003469976001 - CASSIA DUTRA PEREIRA

NOME DA MÃE

MARIA GRACIA PEREIRA DUTRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

16/11/1976 - 43 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

CASSIA DUTRA PEREIRA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999617139

ENDEREÇO

RUA TEIXEIRA LOTT, Nº 497

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800186

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

30/10/2019 - 16:06

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANÇO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANÇO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 07/11/2019 ÀS 06:00 HORAS,
CIRURGIA DIA 07/11/2019 ÀS 07:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129793571

[Voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 06/11/2019
Hora: 15:16
Usuário: robertaipc**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS:

700003469976001 Sexo: F

Nome:

CASSIA DUTRA PEREIRA

Data do Nascimento:

16/11/1976

Nome da Mãe: MARIA GRAÇA PEREIRA DUTRA

Idade:

42

Telefone:

(34) 9961-7139

Endereço:

TEIXEIRA LOTT, 497 - CENTRO, IPIAÇU/ MG

CEP:

38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código:

1910301800255999

Município de Procedência: IPIAÇU

Procedimento:

HISTERECTOMIA TOTAL

Fornecedor:

HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)

Médico Solicitante:

MEDICO PLANTONISTA



1910301800255999

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 07/11/2019 Horário: 06:00

Telefone: (34) 3271-7200

Endereço:

AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG

OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 07/11/2019 ÀS 06:00 HORAS, CIRURGIA DIA 07/11/2019 ÀS 07:00 HORAS. JEJUM ALIMENTAÇÃO - (12 HORAS), ÁGUA - (08 HORAS).

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde**Assinatura do(a) Secretário(a)****Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

305 800 360

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação.

os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100992

Identificação do paciente

PACIENTE

700008729212108 - MARIA NILZA CANDIDA
ROSA

NOME DA MÃE

MARIA CELESTINA DE JESUS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

12/11/1943 - 76 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

maria nilza candida rosa

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32633436

ENDEREÇO

RUA CENTO E OITO, Nº 47

BAIRRO

BELA VISTA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100992

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

06/11/2019 - 16:04

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

paciente necessita de tratamento cirurgico

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129793538

[Voltar](#)

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 31/10/2019
Hora: 16:33
Usuário: sandracap****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700008729212108 **Sexo:** F
Nome: MARIA NILZA CANDIDA ROSA
Data do Nascimento: 12/11/1943 **Nome da Mãe:** MARIA CELESTINA DE JESUS
Idade: 75
Telefone: (34) 9969-20034
Endereço: CENTO E OITO, 47 - BELA VISTA, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910311536598530
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 07/11/2019 **Horário:** 08:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Apa. Barbosa Fer.
Secretária Municipal de
Capinópolis

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

437 500 922

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Passos:

Passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	426000367
Identificação do paciente	
PACIENTE	707404001398077 - SANDRA MARIA DE OLIVEIRA
NOME DA MÃE	DIVA LEANDRO DE MATOS OLIVEIRA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	29/09/1972 - 47 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	A MESMA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 999677139
ENDEREÇO	RUA 15, Nº 1596 - CASA
BAIRRO	LUIZ ANGELO DE SOUZA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CANAPOLIS
Solicitação	
NÚMERO	426000367
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	29/10/2019 - 14:06
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6515924 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CANAPOLIS (CANAPOLIS)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	00125014767 - CLAUDIO RENATO MELO DE OLIVEIRA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	00125014767 - CLAUDIO RENATO MELO DE OLIVEIRA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0403020123 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO
PROCEDIMENTO REALIZADO	0403020123 - TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO
CLÍNICA	CIRURGICOS - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ESPECIALIZADO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129792427

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349

Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 25/10/2019
Hora: 11:45
Usuário: leobertocn**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS:

707404001398077 Sexo: F

Nome:

SANDRA MARIA DE OLIVEIRA

Data do Nascimento:

29/09/1972

Nome da Mãe: DIVA LEANDRO DE MATES OLIVEIRA

Idade:

47

Telefone:

(34) 9996-77139

Endereço:

15, 1596 - GODOY, CANÁPOLIS/ MG

CEP:

38380-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código:

1910251139241196

Município de Procedência:

CANÁPOLIS

Procedimento:

TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO
CARPO

Fornecedor:

HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)

Médico Solicitante:

MEDICO PLANTONISTA



1910251139241196

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 31/10/2019 Horário: 07:00

Telefone: (34) 3271-7200

Endereço:

AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG

OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:**

PACIENTE FICARÁ EM JEJUM APOS AS 06:00 PARA PROCEDIMENTO A TARDE

Leoberto Dutra Soares
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente

426 000 364

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação

os passos abaixo:

uso / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100976

Identificação do paciente

PACIENTE

702000891372386 - ELAINE APARECIDA
CAMARGO MACHADO

NOME DA MÃE

MARIA ADELICIA VINHAIS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

05/03/1965 - 55 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A PRÓPRIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 99783875

ENDEREÇO

AVENIDA 119, Nº 164

BAIRRO

VILA BRASILIA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100976

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

23/10/2019 - 09:51

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO ESPECIALIZADO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129791350

[Voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 23/10/2019
Hora: 15:21
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 702000891372386 Sexo: F
Nome: ELAINE APARECIDA CAMARGO MACHADO
Data do Nascimento: 05/03/1965 Nome da Mãe: MARIA ADELICIA VINHAIS
Idade: 54
Telefone: (34) 9997-83875
Endereço: CENTO E DEZENOVE, 164 - BRASÍLIA, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910231105236614
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 28/10/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Apa. Barbosa Ferr
Secretária Municipal de
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

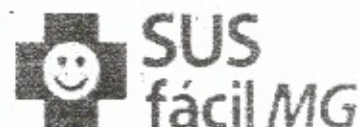


Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

43.4 500 996

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Passos:

os passos abaixo:

Desconectar
ações

NÚMERO DO LAUDO

154409589

Identificação do paciente

PACIENTE

705505485109110 - RONILDO JERONIMO
CRUVINEL

NOME DA MÃE

MARIA ABADIA CRUVINEL

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

23/05/1971 - 48 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

RONILDO JERONIMO CRUVINEL

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA HORACIO MARQUES, Nº 191 - CASA

BAIRRO

DOM ALEXANDRE

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SANTA VITÓRIA

Solicitação

NÚMERO

154409589

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

02/10/2019 - 09:54

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO
TEODORO (SANTA VITORIA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28744950691 - MARIVAR ALVES DE SOUZA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28744950691 - MARIVAR ALVES DE SOUZA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

agendada para 1010

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129790821

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE -
CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 23/10/2019
Hora: 10:13
Usuário: keniastv

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 705505485109110 Sexo: M
Nome: RONILDO JERONIMO CRUVINEL
Data do Nascimento: 23/05/1971 Nome da Mãe: MARIA ABADIA CRUVINEL
Idade: 48
Telefone: (34) 9968-12736
Endereço: RUA HORACIO MARQUES, 191 - DOM ALEXANDRE, SANTA VITÓRIA/ MG
CEP: 38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910231002116419
Município de Procedência: SANTA VITÓRIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 24/10/2019 Horário: 09:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:


Geraldo Xavier da Rocha Junior
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitória - MG

Vanusa de Freitas Ferreira
Coordenadora TFD
Secretaria de Saúde
Santa Vitória-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

154 100 589
158 110 976

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ação:

os passos abaixo:

so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	437100975
Identificação do paciente	
PACIENTE	705409433828692 - NILVAN ALVES DA SILVA
NOME DA MÃE	JERONIMA ALVES DA SILVA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	08/09/1970 - 49 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	JERONIMA GONÇALVES DE OLIVEIRA
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 32633436
ENDEREÇO	RUA OVIDIO VIEIRA DO NASCIEMNTO, Nº 70
BAIRRO	RECANTO DAS ACACIAS I
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CAPINOPOLIS
Solicitação	
NÚMERO	437100975
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	22/10/2019 - 16:10
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026 - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129790238

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 16/10/2019
Hora: 10:28
Usuário: sandracap**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**Cartão SUS: 705409433828692 Sexo: M
Nome: NILVAN ALVES DA SILVA
Data do Nascimento: 08/09/1970 Nome da Mãe: JERONIMA ALVES DA SILVA
Idade: 49
Telefone: () -
Endereço: OVIDIO VIEIRA DO NASCIMENTO, 70 - RECANTO DAS ACÁCIAS,
CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000**DADOS DO ATENDIMENTO**Código: 1910111317018411
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA**LOCAL DO ATENDIMENTO**Data da Consulta/ Exame: 23/10/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MGOBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:**Sandra Apa. Barbosa Fer
Secretária Municipal de
Capinópolis

Assinatura do(a) Secretário(a)

**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente

434300 045

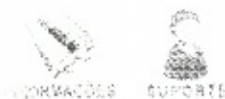
GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ação:

os passos abaixo:

Passo / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

156301397

Identificação do paciente

PACIENTE

709607656323778 - RENATA BRUNA RUFINO

NOME DA MÃE

ELIEUSA SOARES PEREIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

01/10/1986 - 33 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

Renata Bruna Rufino

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32651374

ENDEREÇO

AVENIDA 13, Nº 30

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301397

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

17/10/2019 - 10:34

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Pcte com cirurgia agendada para 22/10/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129790183



[voltar](#)

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 21/10/2019
Hora: 10:16
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 709607656323778 Sexo: F
Nome: RENATA BRUNA RUFINO Nome da Mãe: ELIEUZA SOARES PEREIRA RUFINO
Data do Nascimento: 01/10/1986
Idade: 33
Telefone: () -
Endereço: TREZE, 30 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910171036233463
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 22/10/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

MÁRIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.585.426-54

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

156 301 333

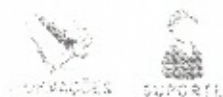
**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação:

os passos abaixo:

so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100951

Identificação do paciente

PACIENTE

700805431109488 - SHEILA MARIA BENTO DA CONCEIÇÃO

NOME DA MÃE

MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA BENTO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

11/01/1977 - 43 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

SHEILA MARIA BENTO DA CONCEIÇÃO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA NOVENTA E TRES, Nº 120

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100951

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

02/10/2019 - 15:16

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

CIRURGIA DE VESICULA - cirurgia marcada para o dia 9/10/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129788742

Voltar

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE

- CISTM

CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 07/10/2019
Hora: 13:33
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 700805431109488 Sexo: M
Nome: SHEILA MARIA BENTO DA CONCEIÇÃO
Data do Nascimento: 11/01/1977 Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA BENTO
Idade: 42
Telefone: (34) 3263-3597
Endereço: NOVENTA E TRES, 120 - CENTRO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910021633496102
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910021633496102

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 09/10/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Localização:

Passos abaixo:

Desconectar
conexões

NÚMERO DO LAUDO

156301390

Identificação do paciente

PACIENTE

708507323722573 - ILENI MARIA DA SILVA
ESTRELA

NOME DA MÃE

MARIA LUZIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

29/07/1963 - 56 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ILENI MARIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AV TRIANGULO MINEIRO, Nº 234

BAIRRO

VILA NOVA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301390

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

03/10/2019 - 12:36

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA
DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Paciente com Cirurgia agendada para 21/10

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129790150

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 15/10/2019
Hora: 08:29
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 708507323722573 Sexo: F
Nome: ILENI MARIA DA SILVA ESTRELA
Data do Nascimento: 29/07/1963 Nome da Mãe:
Idade: 56
Telefone: () -
Endereço: TRIANGULO MINEIRO, 296 - VILA NOVA, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910031240019964
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 21/10/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

H. Sal
MÁRIO TORQUELIM
CPF: 122.585.429-51
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

156301 390

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação:

os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100970

Identificação do paciente

PACIENTE

708701167457394 - MARCIA LEONORA DE MEDEIROS SILVA

NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA DE MEDEIROS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

03/03/1974 - 46 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA FRANCISCA DE MEDEIROS

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 98760496

ENDEREÇO

RUA CENTO E QUATRO, Nº 1054

BAIRRO

BRASÍLIA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100970

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

21/10/2019 - 08:45

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SÃO JOSÉ (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129790172

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 16/10/2019
Hora: 10:28
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 708701167457394 Sexo: F
Nome: MARCIA LEONORA DE MEDEIROS SILVA
Data do Nascimento: 03/03/1974 Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA DE MEDEIROS
Idade: 45
Telefone: () -
Endereço: PAULO WILSON TEIXEIRA ROCHA, 360 - RECANTO DAS ACACIAS,
CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910100804389577
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910100804389577

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 21/10/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sanora Apa. Barbosa Fer
Secretária Municipal de
Capinópolis - MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

439 300 970

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



ação:

as passos abaixo:

so / Desconectar
rações



NÚMERO DO LAUDO

365800184

Identificação do paciente

PACIENTE

700000725464601 - EMERSON SILVEIRA DE
SANTANA

NOME DA MÃE

ALEIDA BENTA DE SANTANA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

03/02/1972 - 48 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

EMERSON SILVEIRA DE SANTANA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 32520117

ENDEREÇO

AVENIDA ÂNGELO REZENDE, Nº 30 - CASA

BAIRRO

PADRE CÍCERO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800184

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

08/10/2019 - 11:04

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040129 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040129 - HERNIOPLASTIA UMBILICAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

O PACIENTE DEVERÁ INTERNAR NO DIA
20/10/2019 AS 21 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129790139

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 08/10/2019
Hora: 11:11
Usuário: robertaipc**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700000725464601 Sexo: M
Nome: EMERSON SILVEIRA DE SANTANA
Data do Nascimento: 03/02/1972 Nome da Mãe: ALEIDA BENTA DE SANTANA
Idade: 47
Telefone: (34) 9979-15920
Endereço: ANGELO REZENDE, 30 - PADRE CICERO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910080951217256
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA UMBILICAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 20/10/2019 Horário: 21:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)**Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Passo 1

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

449300061

Identificação do paciente

PACIENTE

200493446380018 - ROMAR LUCINDO DE LIMA

NOME DA MÃE

LAZARA MARIA DE LIMA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

28/12/1985 - 34 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

FAZENDA CONQUISTA

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300061

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

01/10/2019 - 09:59

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - TORAXICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA CIRURGIA: 17/10/2019
HORA DA CIRURGIA: 09:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

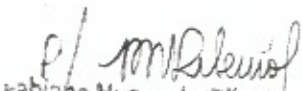
NÚMERO DA AIH

3119129790084

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 05/11/2019
Hora: 14:40
Usuário: pollyannagr**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**Cartão SUS: 706701559121219 Sexo: M
Nome: ROMAR LUCINDO DE LIMA
Data do Nascimento: 28/12/1985 Nome da Mãe: LAZARA MARIA DE LIMA
Idade: 33
Telefone: (34) 9997-24293
Endereço: RUA, 354 - CENTRO, GURINHATÁ/MG
CEP: 38310-000**DADOS DO ATENDIMENTO**Código: 1910010948313170
Município de Procedência: GURINHATÁ
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

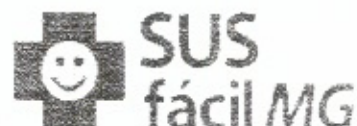
1910010948313170

LOCAL DO ATENDIMENTOData da Consulta/ Exame: 17/10/2019 Horário: 09:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:**
Assinatura do(a) Secretário(a)
Diretora Depto. Mun. de Saúde**Way**
Sistemas

Assinatura do Paciente

449 300 061

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Selecione:

Selecione os dados abaixo:

Assinar / Desconectar
Sua sessão

NÚMERO DO LAUDO

156301394

Identificação do paciente

PACIENTE

898050061125565 - MARCIO ROBERTO SILVA DE TOLEDO

NOME DA MÃE

BENEDITA SILVA DE TOLEDO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

30/12/1962 - 57 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

CAIO TOLEDO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA 25 DE JUNHO, Nº 240

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301394

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

11/10/2019 - 12:42

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Cirurgia agendada para 14 10

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129789281

[Voltar](#)

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 15/10/2019
Hora: 08:29
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 706707519602912 Sexo: M
Nome: MARCIO ROBERTO SILVA DE TOLEDO
Data do Nascimento: 30/12/1962 Nome da Mãe:
Idade: 56
Telefone: () -
Endereço: RUA, 240 - VILA NOVA, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910111126392413
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910111126392413

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 14/10/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

MARIO ROBERTO DE OLIVEIRA
CPF: 122.385.425-54
Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

Assinatura do Paciente

1958cd 224

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Atenção:

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	365800182
Identificação do paciente	
PACIENTE	700306996290839 - RONALDO DE VICENAR GAMA JUNIOR
NOME DA MÃE	VALDIRENE GAMA DOS SANTOS
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	10/04/1996 - 23 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	VALDIRENE GAMA DOS SANTOS
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(34) 996747371
ENDEREÇO	AVENIDA RONDON PACHECO, Nº 676 - CASA
BAIRRO	CENTRO
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	IPIACU
Solicitação	
NÚMERO	365800182
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	08/10/2019 - 10:36
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPIACU (IPIACU)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	08802158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	08802158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0409050083 - POSTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0409050083 - POSTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	PACIENTE DEVERA INTERNAR NO DIA 11/10/2019 AS 6HORAS
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129789226

[voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA,
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 06/11/2019
Hora: 15:15
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700306998290839 **Sexo:** M
Nome: RONALDO DE VICENAR GAMA JUNIOR
Data do Nascimento: 10/04/1996 **Nome da Mãe:** VALDIRENE GAMA DOS SANTOS
Idade: 23
Telefone: (34) 9967-47371
Endereço: RONDON PACHECO, 676 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910080930055501
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: POSTECTOMIA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910080930055501

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 11/10/2019 **Horário:** 06:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.


Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

**Assinatura do(a) Secretário(a)****Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

365 800 382

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Menu

Detalhes abaixo:

Desconectar
ações



INFORMAÇÕES

SUPOORTE

NÚMERO DO LAUDO

365800181

Identificação do paciente

PACIENTE

701007857557199 - LUCIANA CASTRO DE JESUS

NOME DA MÃE

LUCIA BELIZARIA DE CASTRO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

13/07/1985 - 34 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

LUCIANA CASTRO DE JESUS

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 98930144

ENDEREÇO

RUA TEIXEIRA LOTT, Nº 479 - CASA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800181

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

03/10/2019 - 14:27

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

O procedimento esta agendado para o dia 09/10/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129789182

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 08/10/2019
Hora: 09:57
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 701007857557199 Sexo: F
Nome: LUCIANA CASTRO DE JESUS
Data do Nascimento: 13/07/1985 Nome da Mãe:
Idade: 34
Telefone: () -
Endereço: TEIXEIRA LOTT, 479 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Código: 1910031345336741
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910031345336741

LOCAL DO ATENDIMENTO

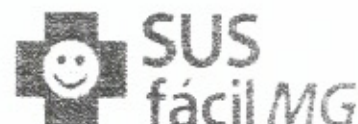
Data da Consulta/ Exame: 09/10/2019 Horário: 06:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)**Way**
Sistemas**Assinatura do Paciente**

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



10807

Os passos abaixo:

Desconectar
receptores



INFORMAÇÕES

SUORTE

NÚMERO DO LAUDO

437100952

Identificação do paciente

PACIENTE

700602961423863 - MARCELENA MARCELINO DA SILVA

NOME DA MÃE

MARIA FLAUZINA CANDIDA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

24/10/1970 - 49 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA FLAUZINA CANDIDA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA NOVENTA E OITO, Nº 587

BAIRRO

CAMPOS ELISIOS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100952

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

02/10/2019 - 15:51

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200802 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO ESPECIALIZADO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129788258

[Voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 04/10/2019
Hora: 15:09
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700602961423863 **Sexo:** F
Nome: MARCELENA MARCELINO DA SILVA
Data do Nascimento: 24/01/1970 **Nome da Mãe:** MARIA FLAUZINA CANDIDA DA SILVA
Idade: 49
Telefone: () -
Endereço: NOVENTA E OITO, 587 - CENTRO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1910021454078948
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1910021454078948

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 07/10/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra A. Barbosa Fernandes
Secretaria Municipal de Saúde
Capinópolis-MG


Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 01/10/2019
Hora: 10:05
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 705203465568579 Sexo: F
Nome: SILVANIA PEREIRA DA SILVA
Data do Nascimento: 09/08/1974 Nome da Mãe: ROSA PEREIRA DA SILVA
Idade: 45
Telefone: () -
Endereço: 23, 81 - VILA DOURADA, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909261121345594
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 07/10/2019 Horário: 09:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Mário Antônio de Oliveira
MÁRIO ANTÔNIO DE OLIVEIRA
CPF 122.385.428-54
Secretário de Saúde

Way
Sistemas

Assinatura do(a) Secretário(a)



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação.

as pessoas abaixo:

so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO	156301385
Identificação do paciente	
PACIENTE	704603647700721 - EDILSON VICENTE JUNIOR
NOME DA MÃE	MARIA JOSE VICENTE
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	07/06/1964 - 55 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	Edilson
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	AVENIDA 3, Nº 09
BAIRRO	CENTRO
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CACHOEIRA DOURADA
Solicitação	
NÚMERO	156301385
SITUAÇÃO	INTERNAÇÃO REALIZADA
DATA - HORA	26/09/2019 - 10:59
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2117525- UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)
ESTABELECIMENTO EXECUTOR	2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)
PROFISSIONAL SOLICITANTE	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO	28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407030026- - COLECISTECTOMIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	0407030026- - COLECISTECTOMIA
CLÍNICA	CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	ELETIVO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	ELETIVA
OBSERVAÇÕES	Paciente com Cirurgia agendada para 03/10
CENTRAL DE REGULAÇÃO	UBERLÂNDIA
NÚMERO DA AIH	3119129788104

[Voltar](#)

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 33402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 05/11/2019
Hora: 11:52
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 704603647700721 Sexo: M
Nome: EDILSON VICENTE JUNIOR
Data do Nascimento: 07/09/1964 Nome da Mãe:
Idade: 55
Telefone: () -
Endereço: TRES, 09 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909261122499041
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 03/10/2019 Horário: 09:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

MÁRIO ANTÔNIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.685.428-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

Way
Sistemas

Assinatura do Paciente



156 301 385

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



LAUDO

Os passos abaixo:

Desconectar
regiões



INFORMAÇÕES



SUPOORTE

NÚMERO DO LAUDO

365800180

Identificação do paciente

PACIENTE

700000147513507 - FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

NOME DA MÃE

BENEDITA PAULINA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

11/11/1948 - 71 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA IRACIDES DUTRA DA SILVA, Nº 27

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800180

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

26/09/2019 - 15:00

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 30/09/2019 ÀS 18:00H
CIRURGIA DIA 01/10/2019 ÀS 7:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129788060

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG

CEP: 38402-349

Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 27/09/2019

Hora: 15:34

Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700000147513507 **Sexo:** M
Nome: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA
Data do Nascimento: 11/11/1948 **Nome da Mãe:** BENEDITA PAULINA DA SILVA
Idade: 70
Telefone: (34) 9996-92769
Endereço: AVENIDA CAPANEMA, 96 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909261533167926
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909261533167926

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 01/10/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE DEVERÁ INTERNAR EM 30/09/2019 ÀS 18:00 HORAS, CIRURGIA DIA 01/10/2019 ÀS 7:00 HORAS. JEJUM ABSOLUTO DE 12:00 HORAS (NÃO PODE TOMAR ÁGUA.)



Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

325 600 380

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 11/09/2019
Hora: 11:30
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 708008321065325 Sexo: F
Nome: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA
Data do Nascimento: 04/06/1982 Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA
Idade: 37
Telefone: () -
Endereço: MINAS GERAIS, 109 - VILA NOVA, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909041244196563
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909041244196563

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 30/09/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Way
Sistemas

MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.685.426-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Desconectar

Os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

365800179

Identificação do paciente

PACIENTE

706906195562837 - DION SERGIO RAMALHO
SILVA

NOME DA MÃE

MARIA DIVINA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

22/10/1962 - 57 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

DION SERGIO RAMALHO DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999797178

ENDEREÇO

RUA DUQUE DE CAXIAS, Nº 153

BAIRRO

PORONGABA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800179

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

19/09/2019 - 14:51

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUBA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

11680181610 - ANA PAULA DUTRA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08043029601 - ANNA PAULA DUTRA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404010482- SEPTOPLASTIA PARA
CORREÇÃO DE DESVIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

0404010482- SEPTOPLASTIA PARA
CORREÇÃO DE DESVIO

CLÍNICA

CIRURGICOS - OTORRINOLARINGOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 25/09/2019 ÀS 06:00 HORAS,
CIRURGIA DIA 25/09/2019 ÀS 07:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129786685

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 24/09/2019
Hora: 16:43
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 706906195562837 Sexo: M
Nome: DION SERGIO RAMALHO
Data do Nascimento: 22/10/1962 Nome da Mãe: MARIA DIVINA SILVA
Idade: 56
Telefone: (34) 9997-97118
Endereço: RUA DUQUE DE CAXIAS, 157 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909200841453535
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: RINOSEPTOPLASTIA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909200841453535

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 25/09/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAÇÃO DIA 25/09/2019 ÀS 06:00 HORAS, CIRURGIA DIA 25/09/2019 ÀS 07:00 HORAS. O
PACIENTE DE VERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12 HORAS.

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Way
Sistemas

Assinatura do(a) Secretário(a)

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



os passos abaixo:

Desconectar

NÚMERO DO LAUDO

365800178

Identificação do paciente

PACIENTE

NATALICE SANTANA DOS SANTOS

NOME DA MÃE

MARIA ANTONIA DE SANTANA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

03/12/1989 - 30 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

NATALICE SANTANA DOS SANTOS

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999770597

ENDEREÇO

RIO BRANCO, Nº 714

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800178

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

19/09/2019 - 13:51

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060186 - LAQUEADURA TUBARIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 24/09/2019 ÀS 06:00 HORAS, CIRURGIA DIA 24/09/2019 ÀS 07:00 HORAS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129786630

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 24/09/2019
Hora: 16:44
Usuário: robertaipc****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 704702736141130 **Sexo:** F
Nome: NATALICE SANTANA DOS SANTOS
Data do Nascimento: 23/12/1989 **Nome da Mãe:** MARIA ANTONIA DE SANTANA
Idade: 29
Telefone: (34) 3252-1277
Endereço: TRIANGULO, 72 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909201316562069
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: LAQUEADURA TUBARIA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909201316562069

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 24/09/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 24/09/2019 ÀS 06:00 HORAS, CIRURGIA DIA 24/09/2019 ÀS 07:00 HORAS, O
PACIENTE DEVERÁ ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12:00 HORAS.

Way
Sistemas

P. Souza
Assinatura do(a) Secretário(a)
Roberta de Oliveira
Secretária de Saúde



325 800 396

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



Para:

de pessoas abaixo:

Desconectar
ações



INFORMAÇÕES

SUPORE

NÚMERO DO LAUDO

156301378

Identificação do paciente

PACIENTE

700001867860907 - NILTON BATISTA DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE

LUZIA BATISTA DE FREITAS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

15/10/1967 - 52 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

Nilton

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AV. TRES, Nº 20

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301378

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

05/09/2019 - 12:11

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUJUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Paciente com cirurgia agendada para 23/09/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129786036

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 11/09/2019
Hora: 11:29
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 700001867860907 Sexo: M
Nome: NILTON BATISTA DE OLIVEIRA
Data do Nascimento: 15/10/1967 Nome da Mãe: LUZIA BATISTA DE FREITAS
Idade: 51
Telefone: () -
Endereço: TRÊS, 20 - CENTRO, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909041243498917
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909041243498917

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 23/09/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG

OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Way
Sistemas

P/O
MÁRIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.685.426-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



NÚMERO DO LAUDO

365800177

Identificação do paciente

PACIENTE

700602447789261 - GERALDO MARCELINO DA SILVA

NOME DA MÃE

JERÔNIMA MARCELINO DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

05/12/1941 - 78 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

GERALDO MARCELINO DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 998694873

ENDEREÇO

AV DAVID FRANCELINO DE OLIVEIRA, Nº 10

BAIRRO

PADRE CÍCERO II

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800177

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

18/09/2019 - 15:50

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409030023- - PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409030023- - PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA

CLÍNICA

CIRURGICOS - NEFROLOGICA/UROLOGICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 19/09/2019 ÀS 18:00 HORAS
CIRURGIA DIA 20/09/2019 ÀS 06:00 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129785970

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 19/09/2019
Hora: 11:08
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 700602447789261 Sexo: M
Nome: GERALDO MARCELINO DA SILVA
Data do Nascimento: 05/12/1941 Nome da Mãe: JERONIMA FLORINDA DE JESUS
Idade: 77
Telefone: (34) 9986-94873
Endereço: AVENIDA DAVI FRANCELINO, 10 - PADRE CICERO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909181609214874
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909181609214874

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 20/09/2019 Horário: 06:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

O PACIENTE DEVERÁ INTERNAR DIA 19/09/2019 ÀS 18:00 HORAS, JEJUM ABSOLUTO DE 12:00
HORAS (NÃO PODE TOMAR ÁGUA), CIRURGIA DIA 20/09/2019, ÀS 06:00 HORAS.

Way
Sistemas


Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



ação:

os passos abaixo:

so / Desconectar
rações



INFORMAÇÕES

SUPORTE

NÚMERO DO LAUDO

437100927

Identificação do paciente

PACIENTE

705608452578512 - EUNICE DUARTE DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE

ANA MARIA DE OLIVEIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

12/09/1972 - 47 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ANA MARIA DE OLIVEIRA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 99916632

ENDEREÇO

AVENIDA CENTO E VINTE E UM, Nº 17 - CASA

BAIRRO

BRASILIA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100927

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

03/09/2019 - 13:21

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129785222

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 30/08/2019
Hora: 14:33
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 705608452578512 **Sexo:** F
Nome: EUNICE DUARTE DE OLIVEIRA
Data do Nascimento: 12/09/1972 **Nome da Mãe:** ANA MARIA DE OLIVEIRA
Idade: 46
Telefone: (34) 3263-3176
Endereço: CENTO E VINTE E UM, 17 - BRASÍLIA, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908301046297807
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908301046297807

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 18/09/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
sistemas

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



189 100 929

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA



ação:

os passos abaixo:

so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

154409557

Identificação do paciente

PACIENTE

702806108779164 - HOMERO BATISTA
FAGUNDES

NOME DA MÃE

AURORA BATISTA FAGUNDES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

09/05/1978 - 41 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

HOMERO BATISTA FAGUNDES

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA GOIAS, Nº 1220 - CASA

BAIRRO

VILA RICA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SANTA VITORIA

Solicitação

NÚMERO

154409557

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

05/09/2019 - 13:31

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO
TEODORO (SANTA VITORIA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

00125014767 - CLAUDIO RENATO MELO DE
OLIVEIRA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

00125014767 - CLAUDIO RENATO MELO DE
OLIVEIRA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-
CLAVICULAR

PROCEDIMENTO REALIZADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-
CLAVICULAR

CLÍNICA

CIRURGICOS - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

AGENDADA PARA 13/09

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129784958

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 05/09/2019
Hora: 08:14
Usuário: keniastv

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS:

Nome:

Data do Nascimento:

Idade:

Telefone:

Endereço:

CEP:

702806108779164

Sexo:

M

HOMERO BATISTA FAGUNDES

Nome da Mãe:

AURORA BATISTA FAGUNDES

09/05/1978

41

(34) 9996-42616

RUA GOIÁS, 1220 - CENTRO, SANTA VITÓRIA/ MG

38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código:

Município de Procedência: SANTA VITÓRIA

Procedimento:

Fornecedor:

Médico Solicitante:

1909041521382357

ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES
ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR
HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
MEDICO PLANTONISTA



1909041521382357

LOCAL DO ATENDIMENTO

Telefone: (34) 3271-7200

Data da Consulta/ Exame: 13/09/2019 Horário: 07:00

Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG

OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas

Geraldo Xavier da Rocha Junior
Geraldo Xavier da Rocha Junior
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitória - MG

Vanusa de Freitas Ferreira
Coordenadora TFD
Secretaria de Saúde
Santa Vitória-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



354 409 557

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

so / Desconectar
rações



NÚMERO DO LAUDO

449300057

Identificação do paciente

PACIENTE

702002366706988 - ZACARIAS DIVINO MARTINS

NOME DA MÃE

MINERVA FRANCISCO MARTINS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/07/1965 - 54 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

FAZENDA OLHOS D'ÁGUA, Nº 00 - SÃO JERÔNIMO

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300057

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

04/09/2019 - 16:42

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

00125014767 - CLAUDIO RENATO MELO DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408060379 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

PROCEDIMENTO REALIZADO

0408060379 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA CIRURGIA: 12/09/2019
HORA DA CIRURGIA: 16:00 H

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129784936

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 04/09/2019
Hora: 08:08
Usuário: lisleigr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 702002366706988 **Sexo:** M
Nome: ZACARIAS DIVINO MARTINS
Data do Nascimento: 20/07/1965 **Nome da Mãe:** MINERVINA FRANCISCO MARTINS
Idade: 54
Telefone: (34) 3264-1019
Endereço: OLHOS D'ÁGUA, 00 - ZONA RURAL, GURINHATÁ/MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909021701281899
Município de Procedência: GURINHATÁ
Procedimento: RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909021701281899

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 12/09/2019 **Horário:** 16:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas

Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun de Saude

Assinatura do(a) Secretário(a)

449 300 059

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

Pré-consulta:

Os passos abaixo:



Assso / Desconectar
Solicitações



INFORMAÇÕES

SUPORTE

NÚMERO DO LAUDO

156301377

Identificação do paciente

PACIENTE

706404669243187 - EMILIA GOMES DA SILVA

NOME DA MÃE

SEBASTIANA GOMES DE ALENCAR

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

09/11/1975 - 44 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

Emili

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

MINAS GERAIS, Nº 195

BAIRRO

VILA NOVA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301377

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

04/09/2019 - 12:33

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135 - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - OTORRINOLARINGOLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Cirurgia agendada para 10/09

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129784067

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTONIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-346
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 05/09/2019
Hora: 12:15
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 706404669243187 Sexo: F
Nome: EMILIA GOMES DA SILVA LUNGUIM
Data do Nascimento: 09/11/1975 Nome da Mãe: SEBASTIANA GOMES DE ALENCAR
Idade: 43
Telefone: () -
Endereço: MINAS GERAIS, 195 - VILA NOVA, CACHOEIRA DOURADA/MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909041240381754
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909041240381754

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 10/09/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUPORANGA/MG
OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:



M. A. Oliveira
MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.685.426-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)



156 301 347

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:



Passo / Desconectar
operações



NÚMERO DO LAUDO

437100920

Identificação do paciente

PACIENTE

704200242341085 - SALMA MACIEL SILVA

NOME DA MÃE

JOANA MACIEL DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

11/06/1970 - 49 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

JOANA MACIEL DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996561801

ENDEREÇO

AV 95, Nº 71

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100920

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

30/08/2019 - 10:20

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129784056

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 30/08/2019
Hora: 14:32
Usuário: sandracap**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**Cartão SUS: 704200242341085 Sexo: F
Nome: SALMA MACIEL SILVA
Data do Nascimento: 11/06/1970 Nome da Mãe: JOANA MACIEL DA SILVA
Idade: 49
Telefone: () -
Endereço: NOVENTA E CINCO, 71 - CENTRO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000**DADOS DO ATENDIMENTO**Código: 1908301044444830
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

1908301044444830

LOCAL DO ATENDIMENTOData da Consulta/ Exame: 10/09/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:****Way**
SistemasSandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



437 100 980

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

154409556



Identificação do paciente

PACIENTE

708600569359486 - ROSELI BARBOSA DE FREITAS GRACIANO

NOME DA MÃE

OLIVINA APARECIDA DE FREITAS BARBOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

04/11/1977 - 42 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ROSELI BARBOSA DE FREITAS GRACIANO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

FAZENDA SANTA MARIA, Nº 1 - CASA

BAIRRO

NDN

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SANTA VITORIA

Solicitação

NÚMERO

154409556

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

05/09/2019 - 11:03

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2215268 - UNIDADE MISTA JERONIMO TEODORO (SANTA VITORIA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28744950691 - MARIVAR ALVES DE SOUZA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28744950691 - MARIVAR ALVES DE SOUZA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Agendada para 09/09

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129783990

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE -**CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349

Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 05/09/2019

Hora: 08:12

Usuário: keniasv

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 708600569359486 **Sexo:** F
Nome: ROSELI BARBOSA DE FREITAS GRACIANO
Data do Nascimento: 04/11/1977 **Nome da Mãe:** OLIVINA APARECIDA DE FREITAS BARBOSA
Idade: 41
Telefone: (34) 9966-32309
Endereço: RUA CAPITÃO NICO, 68 - CENTRO, SANTA VITÓRIA/ MG
CEP: 38320-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909041515368315
Município de Procedência: SANTA VITÓRIA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909041515368315

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 09/09/2019 **Horário:** 06:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas

Gerardo
Gerardo Xavier da Rocha Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Santa Vitória - MG

Vanusa de Freitas Ferreira
Coordenadora TFD
Secretaria de Saúde
Santa Vitória-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)

154 409 556

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



UNIDADE HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

o
so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100921

Identificação do paciente

PACIENTE

703205691168891 - MARA APARECIDA DE
ANDRADE DA CUNHA

NOME DA MÃE

DORALINA ALVES DE ANDRADE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

24/03/1967 - 53 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A PRÓPRIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 99676939

ENDEREÇO

AV PRESIDENTE VARGAS, Nº 230

BAIRRO

SÃO JOÃO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100921

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

30/08/2019 - 10:22

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGIÇOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129783913

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 30/08/2019
Hora: 14:33
Usuário: sandracap**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 703205691168891 **Sexo:** F
Nome: MARA APARECIDA DE ANDRADE DA CUNHA
Data do Nascimento: 24/03/1967 **Nome da Mãe:** DORALINA ALVES DE ANDRADE
Idade: 52
Telefone: (34) 9967-6939
Endereço: PRESIDENTE VARGAS, 230 - SAO JOAO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908301047074787
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908301047074787

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 05/09/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
SistemasSandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinhópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



437 500 921

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA



Localização:

Os passos abaixo:

Passo / Desconectar
Ações



NÚMERO DO LAUDO

437100919

Identificação do paciente

PACIENTE

700903960649696 - CRISTINA DOS REIS SILVA

NOME DA MÃE

SANDRA MARIA DE JESUS SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

19/08/1985 - 34 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A PRÓPRIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 96438473

ENDEREÇO

AVENIDA CENTO E ONZE, Nº 119

BAIRRO

BELA VISTA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100919

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

30/08/2019 - 10:13

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129783540

[Voltar](#)

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO-THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 30/08/2019
Hora: 14:33
Usuário: sandracap**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700903960649696 Sexo: F
Nome: CRISTINA DOS REIS SILVA
Data do Nascimento: 19/08/1985 Nome da Mãe: SANDRA MARIA DE JESUS SILVA
Idade: 34
Telefone: () -
Endereço: CENTO E ONZE, 119 - BELA VISTA, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908301044005870
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908301044005870

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 03/09/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



137 500 919

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

Passo / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

449300053

Identificação do paciente

PACIENTE

700305960770433 - OSVALDINA DA SILVA
MENDES

NOME DA MÃE

RUTH FERREIRA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

06/03/1958 - 62 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 997810951

ENDEREÇO

AVENIDA HUM, Nº 181 - CASA
CONJUNTO HOMERO SANTOS

BAIRRO

MINAS GERAIS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Solicitação

NÚMERO

449300053

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

28/08/2019 - 14:19

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - TORAXICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

02/09/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129783484

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 04/09/2019
Hora: 08:08
Usuário: lisleignr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700305960770433 **Sexo:** F
Nome: OSVALDINA DA SILVA MENDES
Data do Nascimento: 06/03/1958 **Nome da Mãe:** RUTH FERREIRA DA SILVA
Idade: 61
Telefone: (34) 9999-10722
Endereço: UM, 181 - CONJUNTO HOMERO SANTOS, GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1909021335052731
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1909021335052731

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 02/09/2019 **Horário:** 15:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:


Fabiana Nunes de Oliveira

Assinatura do(a) Secretário(a)



449 300 053

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

Passo / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

156301376

Identificação do paciente

PACIENTE

706808290224725 - ADALGISA MARIA
CAETANO DIAS

NOME DA MÃE

MARIA DALVA DE JESUS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

01/12/1965 - 54 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

Adalgisa

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

FAZENDA SANTA CRUZ, Nº 00

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301376

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

29/08/2019 - 10:01

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525- UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA
DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Cirurgia da paciente estava marcada para
27/08/2019 e foi adiada para 29/08/2019. O Laudo
anterior expirou

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129783297

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 22/08/2019
Hora: 08:41
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 706808290224725 **Sexo:** F
Nome: ADALGISA MARIA CAETANO DIAS
Data do Nascimento: 01/12/1965 **Nome da Mãe:**
Idade: 53
Telefone: () -
Endereço: SANTA CRUZ, 00 - ZONA RURAL, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908140802144726
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

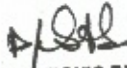


1908140802144726

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 29/08/2019 **Horário:** 08:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas


MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.685.426-54
Secretário de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

156 301 396

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

Passo / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

449300052

Identificação do paciente

PACIENTE

700003777396103 - ALDETE ALVES DE MEDEIROS

NOME DA MÃE

RITA ALVES DE MEDEIROS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

01/01/1967 - 53 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996883003

ENDEREÇO

RUA HONORATO ANTONIO SOUZA, Nº 95

BAIRRO

FLOR DE MINAS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300052

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

23/08/2019 - 08:41

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE, FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CLINICOS - CLINICA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

26/08/2019
09:00 hs

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129781834

[Voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 21/08/2019
Hora: 13:13
Usuário: lisleigr****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700003777396103 **Sexo:** F
Nome: ALDETE ALVES DE MEDEIROS
Data do Nascimento: 01/01/1967 **Nome da Mãe:** RITA ALVES DE MEDEIROS
Idade: 52
Telefone: (34) 9968-83003
Endereço: HORONATO ANTONIO SOUZA, 95 - FLOR DE MINAS, GURINHATA/ MG
CEP: 38315-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908211056422598
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908211056422598

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 26/08/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA



Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun de Saude

Assinatura do(a) Secretário(a)

449 300 052

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

449300051

Identificação do paciente

PACIENTE

700002251135906 - DANIELA FREITAS VILELA

NOME DA MÃE

NEIDIMAR OLIVEIRA DE FREITAS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

24/04/1984 - 35 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996680656

ENDEREÇO

RUA JOÃO SIMÃO DE ARAUJO, Nº 202 - CASA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300051

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

22/08/2019 - 16:44

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE
FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040064 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040064 - HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

CLÍNICA

CLINICOS - CLINICA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

22/08/2019

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129781812

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 21/08/2019
Hora: 13:12
Usuário: lisleignr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700002251135906 **Sexo:** F
Nome: DANIELA FREITAS VILELA
Data do Nascimento: 24/04/1984 **Nome da Mãe:** NEIDIMAR OLIVEIRA FREITAS
Idade: 35
Telefone: (34) 9966-80656
Endereço: EDUARDO GONCALVES DE OLIVEIRA, 195 - FLOR DE MINAS,
GURINHATÃ/ MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908211005576419
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908211005576419

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 22/08/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIA DE HERNIA EPIGASTRICA



Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun. de Saude

Assinatura do(a) Secretário(a)

449 300 e51

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUARIO: denis.marques - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

437100897



Identificação do paciente

PACIENTE

704005393201262 - MARIA ALVES DE LIMA

NOME DA MÃE

RAIMUNDA EMIDIO DE AQUINO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

22/07/1959 - 60 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA JOSE GOUVEIA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 96887256

ENDEREÇO

RUA BARSANULFO JORGE DUTRA, Nº 101

BAIRRO

RECANTO DAS ACACIAS II

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100897

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/08/2019 - 08:44

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

NI

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129781240

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 07/08/2019
Hora: 15:55
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 704005393201262 Sexo: F
Nome: MARIA ALVES DE LIMA
Data do Nascimento: 22/07/1959 Nome da Mãe: RAIMUNDA EMÍDIO DE AQUINO
Idade: 60
Telefone: () -
Endereço: BALSANULFO DUTRA, 101 - RECANTO DAS ACACIAS, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908071502009809
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 21/08/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas

Assinatura do(a) Secretário(a)

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG



437 500 899

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUÁRIO: denilo.marques - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

156301370

Identificação do paciente

PACIENTE

702803611216864 - VERA LUCIA DOS SANTOS SILVA

NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

23/11/1973 - 46 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

VERA LUCIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

FAZENDA RONDINHA, Nº 00

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CACHOEIRA DOURADA

Solicitação

NÚMERO

156301370

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

13/08/2019 - 09:42

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2117525 - UNIDADE MISTA DE CACHOEIRA DOURADA (CACHOEIRA DOURADA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

42862779687 - VINICIUS FRANCO DA VEIGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0409060135- - HISTERECTOMIA TOTAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - GINECOLOGIA

GRÁU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

Cirurgia agendada para 20/08

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129781230

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM
AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA REZENDE, 3180 -
DISTRITO INDUSTRIAL, UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 14/08/2019
Hora: 08:02
Usuário: heloisacd

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 702803611216864 Sexo: F
Nome: VERA LUCIA DOS SANTOS SILVA
Data do Nascimento: 23/11/1973 Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS
Idade: 45
Telefone: (34) 9981-16515
Endereço: RONDINHA, 00 - ZONA RURAL, CACHOEIRA DOURADA/ MG
CEP: 38370-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908130922242352
Município de Procedência: CACHOEIRA DOURADA
Procedimento: HISTERECTOMIA TOTAL
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908130922242352

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 20/08/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU
ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Way
Sistemas

MARIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 122.685.426-54

Assinatura do(a) Secretário(a)



156 301.370

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUARIO: daniel.margues - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

437100896

Identificação do paciente

PACIENTE

700101936764915 - CLEIDIANE COSTA

NOME DA MÃE

MARIA DAS GRAÇAS COSTA LIMA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

18/06/1986 - 33 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA DAS GRAÇAS COSTA LIMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 998363919

ENDEREÇO

AV PRIMEIRO DE AGOSTO, Nº 319

BAIRRO

FLORENCIO I

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPÓLIS

Solicitação

NÚMERO

437100896

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/08/2019 - 08:37

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129781229

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 07/08/2019
Hora: 15:55
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700101936764915 Sexo: F
Nome: CLEIDIANE COSTA
Data do Nascimento: 18/06/1986 Nome da Mãe: MARIA DAS GRAÇAS COSTA LIMA
Idade: 33
Telefone: (34) 9882-73789
Endereço: PRIMEIRO DE AGOSTO, 319 - FLORENCIO III, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908071501192685
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908071501192685

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 20/08/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Way
Sistemas

Assinatura do(a) Secretário(a)



437 100 896

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUÁRIO: danilo marquez - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

437100898

Identificação do paciente

PACIENTE

700205983109823 - JOÃO YASUO KISHINO

NOME DA MÃE

TOSHIMI KISHINO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

23/07/1945 - 74 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

O PRÓPRIO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 997669045

ENDEREÇO

FAZENDA QUILOMBO, N° 01

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100898

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/08/2019 - 08:47

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO ESPECIALIZADO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129780811

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349

Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 07/08/2019
Hora: 15:55
Usuário: sandracap**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700205983109823 Sexo: M
Nome: JOAO YASUO KISHINO
Data do Nascimento: 23/07/1945 Nome da Mãe: TOSHIMI KISHINO
Idade: 74
Telefone: () -
Endereço: DIAMANTINA, 01 - ZONA RURAL, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908071500247446
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 19/08/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
SistemasSandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



437 400 898

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUARIO: danilo merques - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

437100895

Identificação do paciente

PACIENTE

706209791335070 - ANA HELENA CAROLINA

NOME DA MÃE

ALIRIA CAROLINA DE JESUS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/06/1952 - 67 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A PRÓPRIA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999732754

ENDEREÇO

JUAREZ PEREIRA DE SOUZA, Nº 61

BAIRRO

RECANTO DAS ACACIAS I

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100895

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/08/2019 - 08:34

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO ESPECIALIZADO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129779942

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 07/08/2019
Hora: 15:55
Usuário: sandracap**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 706209791335070 **Sexo:** F
Nome: ANA HELENA CAROLINA
Data do Nascimento: 20/06/1952 **Nome da Mãe:** ALIRIA CAROLINA DE JESUS
Idade: 67
Telefone: () -
Endereço: JUAREZ PARREIRA DE SOUZA, 61 - RECANTO DAS ACACIAS,
CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908071459378128
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

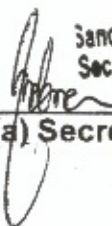


1908071459378128

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 12/08/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:**Way**
Sistemas


Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG
Assinatura do(a) Secretário(a)



437 500 895

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUARIO: danilo.marques - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Operação:

Siga os passos abaixo:

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



NÚMERO DO LAUDO

365800168

Identificação do paciente

PACIENTE

705000880142656 - EDSON ROSA DA SILVA

NOME DA MÃE

GERALDA ROSA DE JESUS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

16/05/1966 - 53 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

EDSON ROSA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA TRIANGULO, Nº 70

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800168

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

31/07/2019 - 09:15

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE
RODRIGUES DA CUNHA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE
RODRIGUES DA CUNHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040102- - HERNIOPLASTIA INGUINAL /
CRURAL (UNILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040102- - HERNIOPLASTIA INGUINAL /
CRURAL (UNILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 06/08/2019 AS 18 HORAS
CIRURGIA DIA 07/08/2019 AS 7 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129779470

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 02/09/2019
Hora: 14:11
Usuário: robertaipc

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 705000880142656 **Sexo:** M
Nome: EDSON ROSA DA SILVA
Data do Nascimento: 16/05/1966 **Nome da Mãe:**
Idade: 53
Telefone: () -
Endereço: TRIANGULO, 70 - DR CARLOS ANTONIO ALVARENGA, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1907311033451131
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1907311033451131

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 07/08/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 06/08/2019 AS 18:00 HORAS, ESTAR EM JEJUM ABSOLUTO DE 12 HORAS

Way
Sistemas

Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

365 800 168

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

o
so / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100897

Identificação do paciente

PACIENTE

704005393201262 - MARIA ALVES DE LIMA

NOME DA MÃE

RAIMUNDA EMIDIO DE AQUINO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

22/07/1959 - 60 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA JOSE GOUVEIA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 96887256

ENDEREÇO

RUA BARSANULFO JORGE DUTRA, Nº 101

BAIRRO

RECANTO DAS AÇACIAS II

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100897

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

07/08/2019 - 08:44

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

NI

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129781240

Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -Emissão: 02/09/2019
Hora: 14:14
Usuário: robertaipc**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700005861476602 **Sexo:** M
Nome: ANTONIO JUSTINO DA SILVA
Data do Nascimento: 27/02/1935 **Nome da Mãe:**
Idade: 84
Telefone: () -
Endereço: DAVID FRANCELINO DE OLIVEIRA, 60 - PADRE CICERO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1907311040442125
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1907311040442125

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 07/08/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 06/08/2019 AS 19:00 HORAS. ESTAR DE JEJUM ABSOLUTO DE 12 HORAS.



Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

365 800 369

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA



ação:

os passos abaixo:

o
sso / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100888

Identificação do paciente

PACIENTE

708409222537560 - LAZARA ANGELA
MEDEIROS

NOME DA MÃE

LAZARA MARIA DAS NEVES SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

21/10/1980 - 39 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ARISTIDES MEDEIROS DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 996798295

ENDEREÇO

RUA IKEDA, Nº 148

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100888

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

01/08/2019 - 15:30

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129779469

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 01/08/2019
Hora: 15:16
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 708409222537560 Sexo: F
Nome: LAZARA ANGELA MEDEIROS
Data do Nascimento: 21/10/1980 Nome da Mãe: LAZARA MARIA DAS NEVES SILVA
Idade: 38
Telefone: () -
Endereço: IKEDA, 148 - NOVO HORIZONTE, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908011051444757
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1908011051444757

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 07/08/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIA DE VESICULA

Way
Sistemas

PP/ Eliene Local
Assinatura do(a) Secretário(a)

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG



437 400 888

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA



região:

os passos abaixo:

no
Desconectar
operações



INFORMAÇÕES

RELATÓRIO

NÚMERO DO LAUDO

437100889

Identificação do paciente

PACIENTE

700508945561951 - LUCIA FIRMINO NORBERTO

NOME DA MÃE

ANA LUCIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

17/09/1961 - 58 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

LUCIA FIRMINO NORBERTO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999997355

ENDEREÇO

REALINO VIEIRA, Nº 162

BAIRRO

AREA URBANA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100889

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

01/08/2019 - 15:34

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

NI

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129779282

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 01/08/2019
Hora: 15:16
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700508945561951 Sexo: F
Nome: LUCIA FIRMINO NORBERTO
Data do Nascimento: 17/09/1961 Nome da Mãe: ANA LUCIA DA SILVA
Idade: 57
Telefone: () -
Endereço: REALINO VIEIRA, 162 - VALE DOS SONHOS, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908011049369196
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 06/08/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIA DE VESICULA



RP/ Eliene Leal
Assinatura do(a) Secretário(a)

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG



437 300 889

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ação:

OS passos abaixo:

Passo / Desconectar
operações



NÚMERO DO LAUDO

365800167

Identificação do paciente

PACIENTE

702301067466620 - MARCIO MARCELINO DA SILVA

NOME DA MÃE

MARIA FLAUZINA CANDIDA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

09/05/1966 - 53 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARCIO MARCELINO DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA TANCREDO NEVES, Nº 06

BAIRRO

DR CARLOS ANTÔNIO ALVARENGA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS-GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800167

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

30/07/2019 - 16:03

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

08802158606 - MARCO TULIO RESENDE RODRIGUES DA CUNHA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 02/07/2019 AS 18H
CIRURGIA DIA 03/07/2019 AS 7H

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129779183

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 01/08/2019
Hora: 15:44
Usuário: robertaipc****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 702301067466620 **Sexo:** M
Nome: MARCIO MARCELINO DA SILVA
Data do Nascimento: 09/05/1966 **Nome da Mãe:** MARIA FLAUZINA CANDIDA DA SILVA
Idade: 53
Telefone: () -
Endereço: AVENIDA TANCREDO NEVES, 06 - DOUTOR CARLOS ALVARENGA,
IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1908011447022766
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 03/08/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
**OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**

OBSERVAÇÕES:

INTERNAR DIA 02/08/219, AS 18H. JEJUM ABSOLUTO DE 12H.

Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

**Way**
Sistemas**Assinatura do(a) Secretário(a)**

365 800 164

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



HOSP - UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

Interação:

Seus passos abaixo:

Ido
Clique / Desconectar
Interações



NÚMERO DO LAUDO

449300049

Identificação do paciente

PACIENTE

700604904581562 - ANTONIO CESAR DA COSTA

NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES BORGES COSTA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

03/07/1958 - 61 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999739668

ENDEREÇO

RUA SÃO PAULO, Nº 72 - CASA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300049

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

25/07/2019 - 10:09

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAUDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040102- - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040102- - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - TORAXICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA INTERNAÇÃO: 28/07/2019
HORA: 21:00 H

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129777984

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE****- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 06/08/2019
Hora: 10:43
Usuário: pollyannagr

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700604904581562 **Sexo:** M
Nome: ANTONIO CESAR COSTA
Data do Nascimento: 03/07/1958 **Nome da Mãe:** MARIA DE LOURDES BORGES COSTA
Idade: 61
Telefone: (34) 9997-39668
Endereço: SÃO PAULO, 72 - CENTRO, GURINHATÃ/MG
CEP: 38310-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1906271359144449
Município de Procedência: GURINHATÃ
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1906271359144449

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 29/07/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

HÉRNIA INGUINAL LADO ESQUERDO . INTERNAÇÃO DIA 28/07/2019 ÀS 21:00 E CIRURGIA DIA 29/07 ÀS 9:00.




Assinatura do(a) Secretário(a)

Fabiane Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun. de Saude



449 300 049

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA



Interação:

Em os passos abaixo:

Desconectar
operações



INFORMAÇÕES

SUPORTE

NÚMERO DO LAUDO

449300048

Identificação do paciente

PACIENTE

708608022529286 - LALINA MARCIA DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE

LUSDALVA MARIA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

09/02/1972 - 48 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 997939861

ENDEREÇO

RUA INÁCIO AMARAL, Nº 56 - CASA

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

GURINHATA

Solicitação

NÚMERO

449300048

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

25/07/2019 - 09:24

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6822754 - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GURINHATA (GURINHATA)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

10374902666 - FABIO PAMPLONA NUNES DE FREITAS

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - TORAXICA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

DATA DA INTERNAÇÃO: 24/07/2019
HORA: 21:00 H
DATA DA CIRURGIA: 25/07/2019
HORA: 09:00 H

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129777940

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 06/08/2019
Hora: 10:43
Usuário: pollyannagr****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE****Cartão SUS:** 708608022529286 **Sexo:** F
Nome: LALINA MARCIA DE OLIVEIRA
Data do Nascimento: 09/02/1972 **Nome da Mãe:** LUSDALVA MARIA
Idade: 47
Telefone: (34) 9997-65434
Endereço: INACIO AMARAL, 56 - CENTRO, GURINHATÁ/ MG
CEP: 38310-000**DADOS DO ATENDIMENTO****Código:** 1906271354368251
Município de Procedência: GURINHATÁ
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA**LOCAL DO ATENDIMENTO****Data da Consulta/ Exame:** 25/07/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.**OBSERVAÇÕES:**

INTERNAÇÃO DIA 24/07/2019 ÀS 21:00 E CIRURGIA DIA 25/07/2019 ÀS 9:00. É PRECISO ESTAR EM JEJUM.


Assinatura do(a) Secretário(a)
Fabiana Nunes de Oliveira
Diretora Depto. Mun de Saude

449 300 048

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ração:

os passos abaixo:

mo

Desconectar
arações



NÚMERO DO LAUDO

365800165

Identificação do paciente

PACIENTE

709605699614977 - CARLOS ZACARIAS
MARIANO DE SOUZA

NOME DA MÃE

NAIR FERREIRA DE SOUZA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

29/12/1975 - 44 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

CARLOS ZACARIAS MARIANO DE SOUZA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA PARANAIBA, Nº 568

BAIRRO

CENTRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

IPIACU

Solicitação

NÚMERO

365800165

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

17/07/2019 - 14:55

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6517846 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE IPIACU (IPIACU)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

28779746691 - FRANCISCO COSTA FRANCO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL /
CRURAL (UNILATERAL)

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040102 - HERNIOPLASTIA INGUINAL /
CRURAL (UNILATERAL)

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

INTERNAR DIA 21/07/2019 AS 21 HORAS
CIRURGIA DIA 22/07/2019 AS 9 HORAS

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129776972

Voltar

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 02/08/2019
Hora: 13:28
Usuário: robertaipc

CISTM**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 709605699614977 **Sexo:** M
Nome: CARLOS ZACARIAS MARIANO DE SOUZA
Data do Nascimento: 29/12/1975 **Nome da Mãe:** NAIR FERREIRA DE SOUZA
Idade: 43
Telefone: () -
Endereço: PARANAIBA, 561 - CENTRO, IPIAÇU/ MG
CEP: 38350-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1907171538227704
Município de Procedência: IPIAÇU
Procedimento: HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1907171538227704

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 22/07/2019 **Horário:** 09:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

O PACIENTE DEVERÁ INTERNAR NO DIA 21/07/2019 AS 21HS

Way
Sistemas

Roberta de Oliveira Mendes
Roberta de Oliveira Mendes
Secretária de Saúde

Assinatura do(a) Secretário(a)

365 800 165

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSÉ - ITUIUTABA

ração:

os passos abaixo:

cesso / Desconectar
urações



NÚMERO DO LAUDO

437100867

Identificação do paciente

PACIENTE

708206185953941 - SEBASTIAO MONTANHER
NETO

NOME DA MÃE

FRANCISCA MONTANHER

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

31/05/1954 - 65 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O PRÓPRIO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

AVENIDA CENTO E VINTE E TRES, Nº 190

BAIRRO

ALVORADA II

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100867

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

11/07/2019 - 16:42

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407040080 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407040080 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL

CLÍNICA

CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129776466

Voltar

CISTM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE - CISTM

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 12/07/2019
Hora: 16:23
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

Cartão SUS: 708206185953941 Sexo: M
Nome: SEBASTIAO MONTANHER NETO
Data do Nascimento: 31/05/1954 Nome da Mãe: FRANCISCA MONTANHER
Idade: 65
Telefone: () -
Endereço: CENTO E VINTE E TRES, 190 - ALVORADA I, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1907111630139968
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 16/07/2019 Horário: 07:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIA DE HERNIA INCISIONAL COM TELA PROLENE 15X15 BIOSURG



Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



437 300 867

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SAO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

o
sso / Desconectar
ações



NÚMERO DO LAUDO

437100861

Identificação do paciente

PACIENTE

709606643362574 - SHIRLEI MANUELA SILVA GUEDES

NOME DA MÃE

MARIA DE FATIMA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

12/02/1999 - 21 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA DE FATIMA DA SILVA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 97969188

ENDEREÇO

RUA REALINO VIEIRA NASCIMENTO, Nº 92

BAIRRO

VALE DOS SONHOS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100861

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

08/07/2019 - 14:11

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO CIRURGICO.

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129775542

[voltar](#)

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 09/07/2019
Hora: 10:26
Usuário: sandracap****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 709606643362574 **Sexo:** F
Nome: SHIRLEI MANUELA SILVA GUEDES
Data do Nascimento: 12/02/1999 **Nome da Mãe:** MARIA DE FATIMA DA SILVA
Idade: 20
Telefone: () -
Endereço: REALINO VIEIRA NASCIMENTO, 92 - VALE DOS SONHOS, CAPINÓPOLIS/
MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1907081419356131
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA



1907081419356131

LOCAL DO ATENDIMENTO

Data da Consulta/ Exame: 10/07/2019 **Horário:** 07:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIA DE VESICULA PACIENTE VAI INTERNAR DIA 09/07/2019 AS 18:00



Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



437 300 861

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL**



UNIDADE: HOSPITAL SÃO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

no
esso / Desconectar
erações



NÚMERO DO LAUDO

437100860

Identificação do paciente

PACIENTE

700808995865986 - MARIA CRISTINA
SANTANA

NOME DA MÃE

RITA MARIA SANTANA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

10/10/1968 - 51 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

RITA MARIA SANTANA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(34) 999625459

ENDEREÇO

RUA GUIMARÃES, Nº 175

BAIRRO

NOVO HORIZONTE

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINÓPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100860

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

27/06/2019 - 10:45

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINÓPOLIS (CAPINÓPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129774629



Voltar

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM****AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -****Emissão: 27/06/2019
Hora: 15:40
Usuário: sandracap****GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO****DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700808995865986 **Sexo:** F
Nome: MARIA CRISTINA SANTANA
Data do Nascimento: 10/10/1968 **Nome da Mãe:** RITA MARIA SANTANA
Idade: 50
Telefone: () -
Endereço: CEM, 1190 - CENTRO, CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1906271425021245
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 01/07/2019 **Horário:** 08:00 **Telefone:** (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE VAI INTERNAR DIA 30/06/2019 AS 18:00



Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



437.300.860

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS
GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM
SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE
PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



Unidade: HOSPITAL SÃO JOSE - ITUIUTABA

ação:

os passos abaixo:

o
sso / Desconectar
urações



NÚMERO DO LAUDO

437100859



Identificação do paciente

PACIENTE

700408978793941 - FABIANA CRISTINA
VILARINHO

NOME DA MÃE

ROMILDA MARIA VILARINHO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

17/01/1973 - 47 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

ROMILDA MARIA VILARINHO

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA FRANCISCO NIVALDO ALVES VILARINHO,
Nº 30

BAIRRO

RECANTO DAS ACACIAS II

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAPINOPOLIS

Solicitação

NÚMERO

437100859

SITUAÇÃO

INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA - HORA

27/06/2019 - 10:26

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DE CAPINOPOLIS (CAPINOPOLIS)

ESTABELECIMENTO EXECUTOR

2200902 - HOSPITAL SAO JOSE (ITUIUTABA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROFISSIONAL EXEC. SUGERIDO

23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0407030026 - COLECISTECTOMIA

CLÍNICA

CIRURGICOS - GASTROENTEROLOGIA

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

ELETIVO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

OBSERVAÇÕES

PACIENTE NECESSITA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

UBERLÂNDIA

NÚMERO DA AIH

3119129773991

Voltar

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO****NÚMERO DA AIH:** 3119129773991**PACIENTE:** 700408978793941 - FABIANA CRISTINA VILARINHO**NOME DA MÃE:** ROMILDA MARIA VILARINHO**CPF:****MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:** CAPINOPOLIS**CEP:** 38360000**NÚMERO DO PRONTUÁRIO:****PROCEDIMENTO:** 0407030026 - COLECISTECTOMIA**DIAGNÓSTICO INICIAL:** K810 - COLECISTITE AGUDA**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** NÃO INFORMADO**DATA/HORA INTERNAÇÃO:** 27/06/2019 - 18:30**DATA/HORA AUTORIZAÇÃO:** 27/06/2019 - 14:35**ESTABELECIMENTO SOLIC.:** 6516378 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPINOPOLIS**PROFISSIONAL SOLIC.:** 23631600615 - RODRIGO OTAVIO BRAGA**ESTABELECIMENTO EXECUTOR:** 2200902 - HOSPITAL SAO JOSE**MUNICÍPIO SOLICITANTE:** 311260 - CAPINOPOLIS**MUNICÍPIO EXECUTOR:** 313420 - ITUIUTABA**AUTORIZADOR:** PAULO ROBERTO SEVERINO**CPF:** 28887026653**REGISTRO NO CONSELHO:** NÃO INFORMADO

CISTM**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE
- CISTM**

AVENIDA ANTÔNIO THOMAZ FERREIRA
REZENDE, 3180 - DISTRITO INDUSTRIAL,
UBERLÂNDIA/MG
CEP: 38402-349
Fone: (34) 3213-2536 -

Emissão: 27/06/2019
Hora: 15:38
Usuário: sandracap

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA/ EXAME ESPECIALIZADO**DADOS DO PACIENTE**

Cartão SUS: 700408978793941 Sexo: F
Nome: FABIANA CRISTINA VILARINHO
Data do Nascimento: 17/01/1973 Nome da Mãe: ROMILDA MARIA VILARINHO
Idade: 46
Telefone: () -
Endereço: ALFREDO CARLOS DA SILVA, 14 - RECANTO DAS ACÁCIAS,
CAPINÓPOLIS/ MG
CEP: 38360-000

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 1906271423249926
Município de Procedência: CAPINÓPOLIS
Procedimento: COLECISTECTOMIA ABERTA
Fornecedor: HOSPITAL SÃO JOSÉ (CIRURGIA)
Médico Solicitante: MEDICO PLANTONISTA

**LOCAL DO ATENDIMENTO**

Data da Consulta/ Exame: 28/06/2019 Horário: 08:00 Telefone: (34) 3271-7200
Endereço: AVENIDA TRÊS, 196 - CENTRO, ITUIUTABA/ MG
OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DO CARTÃO SUS, DOCUMENTO COM FOTO, PEDIDO DO EXAME
E/OU ENCAMINHAMENTO COM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ATENDIMENTO.

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE VAI INTERNAR DIA 27/06/2019 AS 18:00

Sandra Ap. Barbosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Capinópolis-MG

Assinatura do(a) Secretário(a)



Way
Sistemas

437 100 859



AVENIDA 3 Nº 196 - CENTRO - CEP 38300-160 - ITUJUBA-MG
CNPJ: 21.320.064/0001-40 - PABX: (34) 3271-7200

Paciente	Procedimento	Agenda	Município	Valor Complemento
MAISA APARECIDA SILVA FERREIRA	HISTERECTOMIA TOTAL	09/12/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.981,61
MARCOS APARECIDO NOGUEIRA DA SILVA	POSTECTOMIA	10/12/2019	IPIAÇU	2.681,61
AVANEIDE BASILIO DE LIMA	HISTERECTOMIA TOTAL	10/12/2019	GURINHATÁ	3.981,61
JOÃO DA CRUZ DE SOUSA LIMA	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	12/12/2019	IPIAÇU	2.681,61
MARIA APARECIDA FERNANDES	COLECISTECTOMIA ABERTA	13/12/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
CICERO JOAQUIM DOS SANTOS	COLECISTECTOMIA ABERTA	16/12/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
SOLANGE LOPES DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	15/01/2020	CAPINÓPOLIS	3.181,61
MARIA ESTER DE SOUZA	COLECISTECTOMIA ABERTA	16/01/2020	SANTA VITÓRIA	3.181,61
ELISIA BASTISTA DE AZEVEDO	COLECISTECTOMIA ABERTA	16/01/2020	SANTA VITÓRIA	3.181,61
MARIA GÍZILDA DE LIMA SILVA	HEMORRHOIDECTOMIA	17/01/2020	IPIAÇU	2.681,61
ARENILDA MARCIA SIMÃO ALMEIDA	COLECISTECTOMIA ABERTA	21/01/2020	SANTA VITÓRIA	3.181,61
ADEMAR JOSÉ DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	23/01/2020	SANTA VITÓRIA	3.181,61
MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	27/01/2020	SANTA VITÓRIA	3.181,61
APARECIDA CRISTINA DA SILVA	HEMORRHOIDECTOMIA	27/01/2020	IPIAÇU	2.681,61
ELIANDRA ABADIA DA SILVA	VARIZES BILATERAL	30/01/2020	GURINHATÁ	3.181,61
SEBASTIÃO GOUVEIA DE SOUZA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	30/01/2020	GURINHATÁ	2.681,61
MARIA DE FÁTIMA LIMA CAVALCANTE	VARIZES UNILATERAL	31/01/2020	CACHOEIRA DOURADA	2.681,61
				276.081,68

Daniilo da Silva Marques
Dep. Comercial

Hospital São José - SSVP
Danilo Marques

Vicente Pereira da Silva
Diretor Presidente





AVENIDA 3 Nº 196 - CENTRO - CEP 38300-160 - ITURUBA-MG
CNPJ: 21.320.064/0001-40 - PABX: (34) 3271-7200

Paciente	Procedimento	Agenda	Município	Valor Complemento
EDILSON VICENTE JUNIOR	COLECISTECTOMIA ABERTA	03/10/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.181,61
SILVANIA PEREIRA DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/10/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.181,61
MARCELINA MARCELINO DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/10/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
LUCIANA CASTRO DE JESUS	HISTRECTOMIA TOTAL	09/10/2019	IPIAÇU	3.981,61
RONALDO DE VICENAR GAMA JUNIOR	POSTECTOMIA	11/10/2019	IPIAÇU	2.681,61
MARCIO ROBERTO SILVA DE TOLEDO	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	14/10/2019	CACHOEIRA DOURADA	2.681,61
ROMAR LUCINDO DE LIMA	COLECISTECTOMIA ABERTA	17/10/2019	GUARINHATÁ	3.181,61
EMERSON SILVEIRA DE SANTANA	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	20/10/2019	IPIAÇU	2.681,61
MARCIA LEONORA DE MEDEIROS SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	21/10/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
ILENI MARIA DA SILVA ESTRELA	HISTRECTOMIA TOTAL	21/10/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.981,61
SHEILA MARIA BENTO DA CONCEIÇÃO	COLECISTECTOMIA ABERTA	22/10/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
RENATA BRUNA RUFINO	HISTRECTOMIA TOTAL	22/10/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.981,61
NILVAN ALVES DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	23/10/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
RONILDO JERONIMO CRUVINEL	COLECISTECTOMIA ABERTA	24/10/2019	SANTA VITÓRIA	3.181,61
ELAINE APARECIDA CAMARGO MACHADO	COLECISTECTOMIA ABERTA	28/10/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
SANDRA MARIA DE OLIVEIRA	TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	31/10/2019	CANÁPOLIS	2.681,61
MARIA NILZA CANDIDA ROSA	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/11/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
CASSIA DUTRA PEREIRA	HISTRECTOMIA TOTAL	07/11/2019	IPIAÇU	3.981,61
ANDREIA APARECIDA SANTOS	COLECISTECTOMIA ABERTA	11/11/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.181,61
BETANIA APARECIDA DO CARMO	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	14/11/2019	GUARINHATÁ	2.681,61
MARIA EURÍPEDES DIAS	COLECISTECTOMIA ABERTA	14/11/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
JOÃO JOSÉ DA LUZ	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	14/11/2019	IPIAÇU	2.681,61
ISABELA GOMES CAMPELO DE SOUZA	CONIZAÇÃO (GINECOLÓGICA)	15/11/2019	CACHOEIRA DOURADA	2.681,61
DELMIR JOSE DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	17/11/2019	GUARINHATÁ	3.181,61
MANOEL JESUS DOS SANTOS	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	18/11/2019	IPIAÇU	2.681,61
LUCIENE CANDIDA MIRANDA	HISTRECTOMIA TOTAL	19/11/2019	GUARINHATÁ	3.981,61
FERNANDA PEREIRA SILVA SANTOS	HISTRECTOMIA TOTAL	19/11/2019	IPIAÇU	3.981,61
ISAAC NÓTELES NOVAES	ADENOIDECTOMIA	22/11/2019	CACHOEIRA DOURADA	2.681,61
ANA MARIA ALVES DIAS	COLECISTECTOMIA ABERTA	25/11/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
FRANCISCA TEOFILO DE MELO	COLECISTECTOMIA ABERTA	26/11/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
ADRIANA RODRIGUES FERREIRA	HISTRECTOMIA TOTAL	26/11/2019	IPIAÇU	3.981,61
ZELIA MARLEN MUNIZ ROMÃO	ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES	29/11/2019	SANTA VITÓRIA	3.181,61
FRANCISCA MEDEIROS RAFAEL	ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	02/12/2019	GUARINHATÁ	2.681,61
ANA PAULA DA SILVA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	03/12/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
ADRIANA APARECIDA MACEDO	COLECISTECTOMIA ABERTA	04/12/2019	GUARINHATÁ	3.181,61
ROSILDA DE OLIVEIRA	VARIZES BILATERAL	05/12/2019	IPIAÇU	2.681,61
	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA			

Dr. Vicente Pereira da Silva
Presidente

Hospital São José - SSVP
Dante Marques





AVENIDA 3 Nº 196 - CENTRO - CEP 38300-160 - ITUIUTABA-MG
CNPJ: 21.320.064/000140 - PABX: (34) 3274-7200

Paciente	Procedimento	Agenda	Município	Valor Complemento
FASIANA CRISTINA VILARINHO	COLECISTECTOMIA ABERTA	28/06/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
MARIA CRISTINA SANTANA	COLECISTECTOMIA ABERTA	01/07/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
SHIRLEI MANUELA SILVA GUEDES	COLECISTECTOMIA ABERTA	10/07/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
SEBASTIAO MONTANHER NETO	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	16/07/2019	CAPINÓPOLIS	2.681,61
CARLOS ZACARIAS MARIANO DE SOUZA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	22/07/2019	PIAÇU	2.681,61
LALINA MARCIA DE OLIVEIRA	COLECISTECTOMIA ABERTA	25/07/2019	GURINHATÁ	3.181,61
ANTONIO CESAR COSTA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	29/07/2019	GURINHATÁ	2.681,61
MARCIO MARCELINO DA SILVA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	03/08/2019	PIAÇU	2.681,61
LUCIA JIRMINO NORBERTO	COLECISTECTOMIA ABERTA	06/08/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
LAZARA ANGELA MEDEIROS	COLECISTECTOMIA ABERTA	07/08/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
ANTONIO JUSTINO DA SILVA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	07/08/2019	PIAÇU	2.681,61
EDSON ROSA DA SILVA	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	07/08/2019	PIAÇU	2.681,61
ANA HELFNA CAROLINA	COLECISTECTOMIA ABERTA	12/08/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
JOAO YASUO KISHINO	COLECISTECTOMIA ABERTA	19/08/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
CLEIDIANE COSTA	COLECISTECTOMIA ABERTA	20/08/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
VERA LUCIA DOS SANTOS SILVA	HISTERECTOMIA TOTAL	20/08/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.981,61
MARIA ALVES DE LIMA	COLECISTECTOMIA ABERTA	21/08/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
DANIELA FREITAS VILELA	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	22/08/2019	GURINHATÁ	2.681,61
ALDTE ALVES DE MEDEIROS	COLECISTECTOMIA ABERTA	26/08/2019	GURINHATÁ	3.181,61
ADALGISA MARIA CAETANO DIAS	COLECISTECTOMIA ABERTA	29/08/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.181,61
OSVALDINA DA SILVA MENDES	COLECISTECTOMIA ABERTA	02/09/2019	GURINHATÁ	3.181,61
CRISTINA DOS REIS SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	03/09/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
MARA APARECIDA DE ANDRADE DA CUNHA	COLECISTECTOMIA ABERTA	05/09/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
ROSELI BARBOSA DE FREITAS GRACIANO	COLECISTECTOMIA ABERTA	09/09/2019	SANTA VITÓRIA	3.181,61
SALMA MACIEL SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	10/09/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
EMILIA GOMES DA SILVA LUNGUIM	HISTERECTOMIA TOTAL	10/09/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.981,61
ZACARIAS DIVINO MARTINS	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	12/09/2019	GURINHATÁ	2.681,61
HOMERO BATISTA FAGUNDES	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	13/09/2019	SANTA VITÓRIA	3.181,61
EUNICE DUARTE DE OLIVEIRA	COLECISTECTOMIA ABERTA	18/09/2019	CAPINÓPOLIS	3.181,61
GERALDO MARCELINO DA SILVA	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	20/09/2019	PIAÇU	3.981,61
NILTON BATISTA DE OLIVEIRA	COLECISTECTOMIA ABERTA	23/09/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.181,61
NATALICE SANTANA DOS SANTOS	LAQUADURA TUBARIA	24/09/2019	PIAÇU	2.681,61
DION SERGIO RAMALHO	RINOSEPTOPLASTIA	25/09/2019	PIAÇU	2.681,61
CRISTIANE APARECIDA DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	30/09/2019	CACHOEIRA DOURADA	3.181,61
FRANCISCO PEREIRA DA SILVA	COLECISTECTOMIA ABERTA	01/10/2019	PIAÇU	3.181,61

Vicente Pereira da Silva
Presidente

Hospital São José - SSV
Danilo Marques



SICOOB - Sistema de Cooperativas de Crédito do Brasil
SISBR - Sistema de Informática do SICOOB

28/02/2020

COMPROVANTE DE TED

15:42:30

Nº Agendamento: 1901893
Data do Agendamento: 28/02/2020
Agendado para: 28/02/2020
Finalidade: 10-CRÉDITO EM CONTA
Valor: R\$ 582,00

Remetente:
Cooperativa: 3133
Conta: 100 085-3
Nome: HOSPITAL SAO JOSE DA SOC. DE SAO VICENTE DE PAULO
CPF/CNPJ: 21.320.064/0001-40

Favorecido:
Banco: 1-BANCO DO BRASIL S.A.
ISPB: 00000000
Agência: 06204-ITUIUTABA MG
Conta: 62 737-2
Tipo da Conta: CC-CONTA CORRENTE
Nome: HOSPITAL SAO JOSE DA SOC. DE SAO VICENTE DE PAULO
CPF/CNPJ: 21.320.064/0001-40

Autenticação: 1596C4DB-0389-4C10-B8F0-AEA343DD2076
OUVIDORIA SICOOB: 08007250996



-11/02/2020

21/01/2020

COMPROVANTE DE TED

Nº Agendamento: 1832072
Data do Agendamento: 21/01/2020
Agendado para: 21/01/2020
Finalidade: 10-CRÉDITO EM CONTA
Valor: R\$ 1.162,92

Remetente:
Cooperativa: 3133
Conta: 100.085-3
Nome: HOSPITAL SAO JOSE DA SOC. DE SAO VICENTE DE PAULO
CPF/CNPJ: 21.320.064/0001-40

Favorecido:
Banco: 1-BANCO DO BRASIL S.A
ISPB: 00000000
Agência: 00204-ITUIUTABA MG
Conta: 62.737-2
Tipo da Conta: CC-CONTA CORRENTE
Nome: HOSPITAL SAO JOSE DA SSV
CPF/CNPJ: 21.320.064/0001-40

Autenticação: 2926026E-0722-4539-9A68-61B959D4AE42
OUVIDORIA SICOOB: 08007250996



* Recusado
Proprio

Transfencia Pl complemento do
Pagamento nota fiscal 55 Zamin
matron serviços jurídicos

27/12/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:42:29
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: HOSPITAL S J S S Y PAULO

AGENCIA: 204-6 CONTA : 62.737-2

DATA : 27/12/2019

NR. DOCUMENTO 020473462144229

VALOR DINHEIRO 386,00

VALOR TOTAL 386,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 12

NR. AUTENTICACAO 2.E4F.D47.043.0A4.1CE

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



Dr. Ref. Pagamento de Taxas - 241,00
Dr. Ref. Pagamento de Impostos - 145,00

386,00
total

25/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:30:39
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: HOSPITAL S J S S V PAULO

AGENCIA: 204-6 CONTA : 62.737-2

DATA : 25/11/2019

NR. DOCUMENTO 020473457153039

VALOR DINHEIRO 382,00

VALOR TOTAL 382,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 6

NR. AUTENTICACAO 0,92E.C50.A8B.94D.91F

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



Handwritten signature

08/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:20:06
020416593 0430

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: HOSPITAL S J S S V PAULO
AGENCIA: 0204-6 CONTA: 62.737-2

DATA 08/10/2019
NR. DOCUMENTO 2.041.659.300.430
VALOR DINHEIRO 482,00
VALOR TOTAL 482,00

NR. AUTENTICACAO 4.853.F76.FBC.906.B8A
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.



CLSTM

Rec. Ingresso

Fl. Despesas Comunitárias

CSTM

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO: HOSPITAL S J S S V PAULC
AGENCIA: 0204-E
CONTA: 62.737-E
VALOR: 470,00
NR. ENVELOPE: 2.518.743.675

* Acolhido em: 16/08/2019, na Agência 0204-6.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope", Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica Central de atendimento BB: 4003-0148 (capitais e regioes metropolitanas) ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.



Transf. Pl
pagto. Tantas
mis 06/07/19

Recursos Próprios



Extrato poupança

G338030848132154026
03/03/2020 09:01:0751 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 55,75 C

Agência / Conta 204-6 / 62737-2
 Período 01/02/2020 a 29/02/2020
 Variação POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)
 Titularidade HOSPITAL S J S V PAULO



Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
31/01/2020			Saldo anterior					0,00 C
10/02/2020	07/02/2020	7/2	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.407		32.756,71 C	
17/02/2020	14/02/2020	14/2	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.414		14.808,86 C	
20/02/2020	19/02/2020		248 Resgate Automático	204-6	9.020.419		23.559,52 D	
21/02/2020	20/02/2020		248 Resgate Automático	204-6	9.020.420		19.441,65 D	
27/02/2020	26/02/2020		248 Resgate Automático	204-6	9.020.426		241,00 D	
28/02/2020	27/02/2020		248 Resgate Automático	204-6	9.020.427		1.955,60 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								2.405,93 C
Rendimentos: SELIC igualmenor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC								
SELIC maior que 8,5% A.A. TR+0,5% A.M.								

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extrato poupança

G332031620252052026

03/02/2020 16:30:51

51 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 0,00 C



Agência / Conta 204-6 / 62737-2
 Período 01/01/2020 a 31/01/2020
 Variação POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)
 Titularidade HOSPITAL S J S S V PAULO

Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
31/12/2019			Saldo anterior					0,26 C
02/01/2020	31/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.431		0,26 D	
21/01/2020	20/01/2020	20/1	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.420		6.663,48 C	
22/01/2020	21/01/2020		248 Resgate Automático	204-6	9.020.421		6.663,48 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								0,00 C

Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
 Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extrato poupança

G336020907159166021
02/01/2020 09:18:0851 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 0,00 C

Agência / Conta

204-6 / 62737-2

Período

01/12/2019 a 31/12/2019

Variação

POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)

Titularidade

HOSPITAL S J S S V PAULO



Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
30/11/2019			Saldo anterior					9.472,49 C
04/12/2019	03/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.403		5.630,46 D	
06/12/2019	09/12/2019	8/11	737 Juros	204-6			1,39 C	
06/12/2019	09/12/2019	9/11	737 Juros	204-6			9,64 C	
11/12/2019	10/12/2019	10/12	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.410		51.605,78 C	
18/12/2019	17/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.417		3.408,38 D	
23/12/2019	20/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.420		46.809,62 D	
24/12/2019	23/12/2019	23/12	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.423		24.382,48 C	
26/12/2019	24/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.424		7.826,40 D	
27/12/2019	26/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.426		241,00 D	
30/12/2019	27/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.427		15.986,71 D	
31/12/2019	30/12/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.430		5.568,93 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								0,26 C

Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Poupança

G332020816089437025
02/12/2019 08:35:3251 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 9.472,49 C

Agência / Conta 204-6 / 62737-2
Período 01/11/2019 a 30/11/2019
Variação POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)
Titularidade HOSPITAL S J S S V PAULO

Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
31/10/2019			Saldo anterior					10.767,83 C
01/11/2019	31/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.431		4.776,20 D	
07/11/2019	08/11/2019	8/10	737 Juros	204-6			1,52 C	
08/11/2019	11/11/2019	9/10	737 Juros	204-6			17,37 C	
14/11/2019	13/11/2019	13/11	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.413		50.701,65 C	
18/11/2019	14/11/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.414		2.405,30 D	
19/11/2019	18/11/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.418		17.451,50 D	
20/11/2019	19/11/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.419		8.266,50 D	
21/11/2019	20/11/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.420		6.199,87 D	
25/11/2019	22/11/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.422		13.057,51 D	
26/11/2019	25/11/2019	25/11	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.425		141,00 C	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								9.472,49 C

Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5878
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Poupança

 G331041111589027020
 04/11/2019 11:20:37

 51 - POUPANÇA-OURO
 DIÁRIA

Saldo: 5.991,63 C

Agência / Conta

204-6 / 82737-2

Período

01/10/2019 a 31/10/2019

Variação

POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)

Titularidade

HOSPITAL S J S S V PAULO



Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
30/09/2019			Saldo anterior					17.169,87 C
01/10/2019	30/09/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.430		4.684,35 D	
09/10/2019	08/10/2019	8/10	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.408		482,00 C	
10/10/2019	09/10/2019	9/10	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.408		44.542,54 C	
11/10/2019	14/10/2019	13/9	737 Juros	204-6			42,88 C	
16/10/2019	15/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.415		2.836,02 D	
18/10/2019	17/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.417		26.523,84 D	
21/10/2019	18/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.418		4.684,35 D	
23/10/2019	22/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.422		4.959,90 D	
24/10/2019	23/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.423		7.840,00 D	
28/10/2019	25/10/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.425		241,00 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								10.767,83 C

 Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

 Ouvidoria BB 0800 729 5678
 Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Poupança

G338011529118444023
01/10/2019 15:38:3351 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 12.485,52 C

Agência / Conta 204-6 / 62737-2
Período 01/09/2019 a 30/09/2019
Variação POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)
Titularidade HOSPITAL S J S S V PAULO



Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
31/08/2019			Saldo anterior					9.059,09 C
02/09/2019	30/06/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.430		5.201,53 D	
03/09/2019	02/09/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.402		280,05 D	
05/09/2019	04/09/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.404		183,70 D	
13/09/2019	18/09/2019	18/8	737 Juros	204-6			11,85 C	
16/09/2019	13/09/2019	13/9	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.413		40.160,93 C	
19/09/2019	18/09/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.418		1.473,23 D	
26/09/2019	25/09/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.425		15.049,42 D	
30/09/2019	27/09/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.427		9.673,87 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								17.169,87 C

Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Poupança

G336031048422585022
03/09/2019 10:59:3751 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 3.577,51 C

Agência / Conta

204-6 / 62737-2

Período

01/08/2019 a 31/08/2019

Variação

POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)

Titularidade

HOSPITAL S J S S V PAULO



Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
31/07/2019			Saldo anterior					2.711,61 C
16/08/2019	19/08/2019	17/7	737 Juros	204-6			10,07 C	
19/08/2019	16/08/2019	16/8	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.416		18.059,66 C	
27/08/2019	26/08/2019	248	Resgate Automático	204-6	9.020.426		11.722,25 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								9.059,09 C

Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extratos - Poupança

G331010909176766025
01/08/2019 09:20:4651 - POUPANÇA-OURO
DIÁRIA

Saldo: 2.711,61 C

Agência / Conta 204-6 / 62737-2
Período 01/07/2019 a 31/07/2019
Variação POUPANÇA-OURO DIÁRIA (51)
Titularidade HOSPITAL S J S S V PAULO



Dt. lançamento	Dt. base	Dia	Histórico	Ag. origem	Documento	Informações	Valor	Saldo
30/06/2019			Saldo anterior					0,00 C
18/07/2019	17/07/2019	17/7	880 Aplicacao Automatica Poupanca	204-6	9.020.417		2.946,61 C	
26/07/2019	25/07/2019		248 Resgate Automático	204-6	9.020.425		235,00 D	
Saldo atual								0,00 C
Saldo bloqueado								0,00 D
Saldo total								2.711,61 C

Rendimentos: SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5878
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

26/02/2020	0000	00000	825 Resgate Poupança	148	241,00 C	0,00 C
27/02/2020	0000	13105	393 TSC Trans Eletr. Distrib	22.701	1.956,60 D	
			033 3166 023065536000180 VITTA MEDICIN			
27/02/2020	0000	00000	825 Resgate Poupança	148	1.956,60 C	0,00 C
28/02/2020	0000	14175	673 TSC - Polt. em Dobra	4.781.015	582,00 C	
			756 3133 21320064000140 HOSPITAL SAO J			
28/02/2020	0000	13105	375 Impostos	22.801	966,60 D	
			PREFEITURA MUN ITUIUTABA			
28/02/2020	0000	13105	375 Impostos	22.802	1.632,19 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
28/02/2020	0000	13105	375 Impostos	22.803	494,25 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
28/02/2020	0000	00000	825 Resgate Poupança	148	2.410,24 C	0,00 C
29/02/2020	0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.





Extrato conta corrente

G338030848132154024
03/03/2020 09:00:05

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
 Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S V PAULO
 Período do extrato 02 / 2020

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
21/01/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
07/02/2020		2918	99015	870 - Bal. 5/12/2019 - rescisão	552.918.000.077.500	32.997,71 C	
				07/02 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
07/02/2020		0000	13113	100 - Bal. 5/12/2019 - rescisão	32	100,00 D	
				Cobrança referente a 27/01/2020			
07/02/2020		0000	13113	430 - Bal. 5/12/2019 - rescisão	880.380.904.832.896	141,00 D	
				Cobrança referente a 27/01/2020			
07/02/2020		0000	00000	400 - Adição 775 - Rescisão	148	32.756,71 D	0,00 C
14/02/2020		0000	14105	874 - Transferência Agendada	291.800.000.077.500	14.908,05 C	
				14/02 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
14/02/2020		0000	00000	400 - Adição 775 - Rescisão	148	14.908,05 D	0,00 C
19/02/2020		0204	99015	470 - Transferência pendida	550.204.000.063.511	1.699,22 D	
				19/02 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
19/02/2020		0204	99015	470 - Transferência pendida	550.204.000.063.511	1.468,60 D	
				19/02 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
19/02/2020		0204	99015	470 - Transferência pendida	550.204.000.063.511	734,80 D	
				19/02 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
19/02/2020		0204	99015	470 - Transferência pendida	550.204.000.063.511	1.561,45 D	
				19/02 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
19/02/2020		0000	13105	945 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	21.901	12.859,00 D	
				237 3251 015552968000106 NATILA FRANCO			
19/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	21.902	1.561,45 D	
				756 3133 010652117000103 FRANCISCO COS			
19/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	21.903	3.674,00 D	
				756 3133 036166674000108 MIKAELLE VIEI			
19/02/2020		0000	00000	425 - Resgate Previdência	148	23.563,52 C	0,00 C
20/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	22.001	10.790,00 D	
				756 3133 035764413000127 TAMIRIS ALVES			
20/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	22.002	1.958,80 D	
				237 3830 033632168000179 CLINICA QUANT			
20/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	22.003	1.331,82 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
20/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	22.004	1.423,58 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
20/02/2020		0000	13105	943 - TED - Transf. Eletr. Dispensiv	22.005	3.949,55 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
20/02/2020		0000	00000	425 - Resgate Previdência	148	19.441,85 C	0,00 C
26/02/2020		0000	13113	430 - Bal. 5/12/2019 - rescisão	32	100,00 D	
				Cobrança referente 26/02/2020			
26/02/2020		0000	13113	430 - Bal. 5/12/2019 - rescisão	880.570.904.175.340	141,00 D	
				Cobrança referente 26/02/2020			

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.





Extrato conta corrente

G332031620252052024
03/02/2020 16:30:24

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
 Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S S V PAULO
 Período do extrato 01 / 2020

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/12/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,26 C
20/01/2020		2918	99015	870 Transfer?ncia recebida	552.918.000.077.500	6.663,22 C	
				20/01 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
20/01/2020		0000	00000	480 Aplica??o Poupan?a	148	6.663,48 D	0,00 C
21/01/2020		0000	14175	976 TED-Cr?dito em Conta	7.368.655	1.162,92 C	
				756 3133 21320064000140 HOSPITAL SAO J			
21/01/2020		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv	12.101	7.826,40 D	
				033 3166 027466954000140 ZANIN E MATTA			
21/01/2020		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	6.663,48 C	0,00 C
31/01/2020		0000	00000	999 SALDO			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em
 03/02/2020 R\$ 241,00. Sujeito à cobrança
 quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
 Procure sua agência.

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.

20/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.007	19.288,50 D	
			237 3251 015552968000106 NATILA FRANCO			
20/12/2019	0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	46.809,62 C	0,00 C
23/12/2019	2918	99015	870 Transfer?ncia recebida	552.918.000.077.500	24.752,88 C	
			23/12 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
23/12/2019	0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.090.990	367,40 D	
			23/12 0204 90990-4 CLAUDIO RENATO			
23/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.301	3,00 D	
			136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
23/12/2019	0000	00000	480 Aplica??o.Poupan?a	148	24.382,48 D	0,00 C
24/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.401	7.826,40 D	
			033 3166 027466954000140 ZANIN E MATTA			
24/12/2019	0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	7.826,40 C	0,00 C
26/12/2019	0000	13113	170 Tarifa Modulo	32	100,00 D	
			Cobrança referente 26/12/2019			
26/12/2019	0000	13113	435 Tarifa Pacote de Servi?os	883.600.904.185.786	141,00 D	
			Cobrança referente 26/12/2019			
26/12/2019	0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	241,00 C	0,00 C
27/12/2019	0204	73462	502 Dep?sito Online TAA	20.473.462.144.229	386,00 C	
			27/12 14:42 SAA-ITUUTABA			
27/12/2019	0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	964,42 D	
			27/12 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
27/12/2019	0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.090.990	367,40 D	
			27/12 0204 90990-4 CLAUDIO RENATO			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.701	2.939,20 D	
			136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.702	734,80 D	
			136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.703	560,10 D	
			136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.704	2.703,14 D	
			136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.705	734,80 D	
			756 3133 010652117000103 FRANCISCO CÔS			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.706	2.469,35 D	
			756 3133 024844869000180 RENAL VIDA IT			
27/12/2019	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.707	4.899,50 D	
			756 3133 024844869000180 RENAL VIDA IT			
27/12/2019	0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	15.986,71 C	0,00 C
30/12/2019	0000	13105	375 Impostos	123.001	1.549,37 D	
			PREFEITURA MUN ITUIUTABA			
30/12/2019	0000	13105	375 Impostos	123.002	3.118,91 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
30/12/2019	0000	13105	375 Impostos	123.003	900,65 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
30/12/2019	0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	5.568,93 C	0,00 C
31/12/2019	0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	0,26 C	
31/12/2019	0000	00000	999 S A L D O			0,26 C

OBSERVAÇÕES:





Extrato conta corrente

G336020907159166019
02/01/2020 09:17:12

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
 Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S S V PAULO
 Período do extrato 12 / 2019

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
25/11/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
03/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	120.301	5.630,46 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
03/12/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	5.630,46 C	0,00 C
10/12/2019		2918	99015	870 Transfer?ncia recebida	552.918.000.077.500	51.605,76 C	
				10/12 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
10/12/2019		0000	00000	480 Aplica??o Poupan?a	148	51.605,76 D	0,00 C
17/12/2019		0000	13105	375 Impostos	121.701	1.615,89 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
17/12/2019		0000	13105	375 Impostos	121.702	613,20 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
17/12/2019		0000	13105	375 Impostos	121.703	44,70 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
17/12/2019		0000	13105	375 Impostos	121.704	1.134,59 D	
				PREFEITURA MUN ITUIUTABA			
17/12/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	3.408,38 C	0,00 C
20/12/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	1.285,90 D	
				20/12 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
20/12/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	872,58 D	
				20/12 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
20/12/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	2.204,40 D	
				20/12 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
20/12/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	367,40 D	
				20/12 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
20/12/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	13.226,40 D	
				20/12 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
20/12/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.090.990	734,80 D	
				20/12 0204 90990-4 CLAUDIO RENATO			
20/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.001	3.031,05 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
20/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.002	280,05 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
20/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.003	3.303,60 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
20/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.004	642,95 D	
				136 5321 013244928000163 CLINICA CENTE			
20/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.005	194,24 D	
				341 0106 014467667000103 LUIZ ADAUTO G			
20/12/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	122.006	1.377,75 D	
				756 3133 010652117000103 FRANCISCO COS			

Transação efetuada com sucesso por: JA712206 VICENTE PEREIRA DA.





Consultas - Extrato de conta corrente

G332020818089437022
02/12/2019 08:34:56

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S V PAULO
Período do extrato 11 / 2019

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/10/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
13/11/2019		0000	14105	874 Transferência Agendada 13/11 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL	291.800.000.077.500	54.487,37 C	
13/11/2019		0000	13105	375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	111.301	2.072,52 D	✓
13/11/2019		0000	13105	375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	111.302	681,80 D	✓
13/11/2019		0000	13105	375 Impostos PREFEITURA MUN ITUIUTABA	111.303	1.051,40 D	✓
13/11/2019		0000	00000	480 Aplicação Poupança	148	50.701,65 D	0,00 C
14/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 104 0125 30281377634 ANGELA REGINA ALV	111.401	2.405,30 D	✓
14/11/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	2.405,30 C	0,00 C
18/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 237 3251 015552968000108 NATILA FRANCO	111.801	17.451,50 D	✓
18/11/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	17.451,50 C	0,00 C
19/11/2019		0204	99015	470 Transferência enviada 19/11 0204 90990-4 CLAUDIO RENATO	550.204.000.090.990	387,40 D	✓
19/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 138 5321 007840210000137 CMI - CENTRO	111.901	688,87 D	✓
19/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 138 5321 007840210000137 CMI - CENTRO	111.902	1.056,28 D	✓
19/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 138 5321 007840210000137 CMI - CENTRO	111.903	3.214,75 D	✓
19/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 756 3133 010652117000103 FRANCISCO COS	111.904	2.939,20 D	✓
19/11/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	8.266,50 C	0,00 C
20/11/2019		0204	99015	470 Transferência enviada 20/11 0204 63511-1 CLINICA A PONT	550.204.000.063.511	1.699,22 D	✓
20/11/2019		0204	99015	470 Transferência enviada 20/11 0204 63511-1 CLINICA A PONT	550.204.000.063.511	1.837,00 D	✓
20/11/2019		0204	99015	470 Transferência enviada 20/11 0204 63511-1 CLINICA A PONT	550.204.000.063.511	734,80 D	✓
20/11/2019		0204	99015	470 Transferência enviada 20/11 0204 63511-1 CLINICA A PONT	550.204.000.063.511	826,85 D	✓
20/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 138 5321 013244928000163 CLINICA CENTE	112.001	1.102,20 D	✓
20/11/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	6.199,87 C	0,00 C
22/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 033 3186 027468854000140 ZANIN E MATTA	112.201	8.158,01 D	✓
22/11/2019		0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv 756 3133 024844869000180 RENAL VIDA IT	112.202	4.899,50 D	✓
22/11/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	13.057,51 C	0,00 C
25/11/2019		0204	73457	502 Depósito Online TAA 25/11 15:30 SAA-ITUIUTABA	20.473.457.153.039	382,00 C	✓
25/11/2019		0000	13113	170 Tarifa Módulo Cobrança referente 25/11/2019	32	100,00 D	✓
25/11/2019		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços Cobrança referente 25/11/2019	883.290.905.064.418	141,00 D	✓
25/11/2019		0000	00000	480 Aplicação Poupança	148	141,00 D	0,00 C
30/11/2019		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Cobrança referente 25/10/2019					
25/10/2019	0000	00000	825 Resgate Poupança	148	241,00 C 0,00 C
31/10/2019	0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv	103.101	3.674,00 D
			136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO		
31/10/2019	0000	13105	393 TED Transf. Eletr. Disponiv	103.102	1.102,20 D
			136 5321 013244828000163 CLINICA CENTE		
31/10/2019	0000	00000	825 Resgate Poupança	148	4.776,20 C
31/10/2019	0000	00000	999 S A L D O		0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.





Consultas - Extrato de conta corrente

G331041111569027018
04/11/2019 11:20:10

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S S V PAULO
Período do extrato 10 / 2019

Lançamentos

Dt.	Dt.	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
balancete	movimento						
30/09/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
08/10/2019		0204	16593	502 Dep?sito em Dinheiro	2.041.659.300.430	482,00 C	
08/10/2019		0000	00000	480 Aplica??o Poupan?a	148	482,00 D	0,00 C
09/10/2019		0000	14105	874 Transfer?ncia Agendada	291.800.000.077.500	44.842,54 C	
				09/10 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
09/10/2019		0000	00000	480 Aplica??o Poupan?a	148	44.842,54 D	0,00 C
15/10/2019		0000	13105	375 Impostos	101.501	1.509,98 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
15/10/2019		0000	13105	375 Impostos	101.502	482,58 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
15/10/2019		0000	13105	375 Impostos	101.503	843,45 D	
				PREFEITURA MUN ITUIUTABA			
15/10/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	2.636,02 C	0,00 C
17/10/2019		0000	14175	983 TED Devolvida	500.009	826,65 C	
				AG OU CNT DEST DO CRED INVAL			
17/10/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.090.990	1.304,27 D	
				17/10 0204 90990-4 CLAUDIO RENATO			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.701	551,10 D	
				136 5321 023438216000139 OTORRINOCENTE			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.702	367,40 D	
				136 5321 013244928000163 CLINICA CENTE			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.703	1.561,45 D	
				756 3133 010652117000103 FRANCISCO COS			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.704	826,65 D	
				756 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.705	420,08 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.706	1.331,82 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.707	1.489,80 D	
				756 3133 027190176000100 VFV GINECO-OB			
17/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.708	19.518,12 D	
				237 3251 015552968000106 NATILA FRANCO			
17/10/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	26.523,84 C	0,00 C
18/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.801	3.857,70 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
18/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.802	826,65 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
18/10/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	4.684,35 C	0,00 C
22/10/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	367,40 D	
				22/10 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
22/10/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	1.653,30 D	
				22/10 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
22/10/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	1.928,85 D	
				22/10 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
22/10/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	1.010,35 D	
				22/10 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
22/10/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	4.959,90 C	0,00 C
23/10/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.301	7.840,00 D	
				033 3166 027466954000140 ZANIN E MATTA			
23/10/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	7.840,00 C	0,00 C
25/10/2019		0000	13113	170 Tarifa Modulo	32	100,00 D	
				Cobrança referente 25/10/2019			
25/10/2019		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Servi?os	882.980.900.229.521	141,00 D	



Consultas - Extrato de conta corrente

G336031048422585020
03/09/2019 10:59:00

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S S V PAULO
Período do extrato 08 / 2019

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
25/07/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
16/08/2019		0204	18237	502 Dep?sito em Dinheiro	2.518.743.675	470,00 C	
16/08/2019		0000	14105	874 Transfer?ncia Agendada	291.800.000.077.500	9.544,83 C	
				16/08 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
16/08/2019		0000	14105	874 Transfer?ncia Agendada	291.800.000.077.500	8.044,83 C	
				16/08 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
16/08/2019		0000	00000	480 Aplica??o Poupan?a	148	18.059,66 D	0,00 C
26/08/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	82.601	11.481,25 D	
				237 3251 015552968000106 NATILA FRANCO			
26/08/2019		0000	13113	170 Tarifa Module	32	100,00 D	
				Cobrança referente 26/08/2019			
26/08/2019		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Servi?os	872.380.903.295.052	141,00 D	
				Cobrança referente 26/08/2019			
28/08/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	11.722,25 C	0,00 C
30/08/2019		0000	14175	983 TED Devolvida	100.009	280,05 C	
				AUSENC/DIVGNC NA IDENTF DO CPF/CNPJ			
30/08/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	1.423,68 D	
				30/08 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
30/08/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	367,40 D	
				30/08 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
30/08/2019		0204	99015	470 Transfer?ncia enviada	550.204.000.063.511	367,40 D	
				30/08 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
30/08/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	83.001	280,05 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
30/08/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	83.002	466,75 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
30/08/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	83.003	280,05 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
30/08/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	83.004	2.296,25 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
30/08/2019		0000	00000	825 Resgate Poupan?a	148	5.201,53 C	0,00 C
31/08/2019		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.



Consultas - Extrato de conta corrente

G338011529118444021
01/10/2019 15:38:06

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S V PAULO
Período do extrato 09 / 2019

Lançamentos

Dt.	Dt.	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
balancete	movimento						
30/09/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.201	280,05 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
02/09/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	280,05 C	0,00 C
04/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.401	183,70 D	
				756 3133 010652117000103 FRANCISCO COS			
04/09/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	183,70 C	0,00 C
13/09/2019		0000	14105	874 Transferência Agendada	291.800.000.077.500	40.160,93 C	
				13/09 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL			
13/09/2019		0000	00000	480 Aplicação Poupança	148	40.160,93 D	0,00 C
18/09/2019		0000	13105	375 Impostos	91.801	843,98 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
18/09/2019		0000	13105	375 Impostos	91.802	260,25 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
18/09/2019		0000	13105	375 Impostos	91.803	369,00 D	
				PREFEITURA MUN ITUIUTABA			
18/09/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	1.473,23 C	0,00 C
25/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.501	14.808,42 D	
				237 3251 015552968000106 NATILA FRANCO			
25/09/2019		0000	13113	170 Tarifa Modulo	32	100,00 D	
				Cobrança referente 25/09/2019			
25/09/2019		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços	872.680.904.336.602	141,00 D	
				Cobrança referente 25/09/2019			
25/09/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	15.049,42 C	0,00 C
27/09/2019		0204	99015	470 Transferência enviada	550.204.000.063.511	1.162,20 D	
				27/09 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
27/09/2019		0204	99015	470 Transferência enviada	550.204.000.063.511	1.377,75 D	
				27/09 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
27/09/2019		0204	99015	470 Transferência enviada	550.204.000.063.511	734,80 D	
				27/09 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
27/09/2019		0204	99015	470 Transferência enviada	550.204.000.063.511	964,42 D	
				27/09 0204 63511-1 CLINICA A PONT			
27/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.701	367,40 D	
				136 5321 013244928000163 CLINICA CENTE			
27/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.702	1.239,97 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.703	642,95 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.704	1.515,53 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
27/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.705	1.010,35 D	
				756 3133 010652117000103 FRANCISCO COS			
27/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.706	918,50 D	
				756 3133 027190176000100 VFV GINECO-OB			
27/09/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	9.873,87 C	0,00 C
30/09/2019		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	93.001	4.684,35 D	
				136 5321 007840210000137 CMI - CENTRO			
30/09/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	4.684,35 C	
30/09/2019		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.



Consultas - Extrato de conta corrente

G331010909176766023
01/08/2019 09:20:23

Cliente - Conta atual

Agência 204-6
Conta corrente 62737-2 HOSPITAL S J S S V PAULO
Período do extrato 07 / 2019

Lançamentos

DL balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/05/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
17/07/2019		2918	99015	870 Transferência recebida 17/07 2918 77500-2 CONSORCIO PUBL	552.918.000.077.500	3.181,61 C	
17/07/2019		0000	13113	170 Tarifa Módulo Cobrança referente a 25/06/2019	32	100,00 D	
17/07/2019		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços Cobrança referente a 25/06/2019	871.980.903.710.222	135,00 D	
17/07/2019		0000	00000	480 Aplicação Poupança	148	2.946,81 D	0,00 C
25/07/2019		0000	13113	170 Tarifa Módulo Cobrança referente 25/07/2019	32	100,00 D	
25/07/2019		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços Cobrança referente 25/07/2019	872.060.903.996.634	135,00 D	
25/07/2019		0000	00000	825 Resgate Poupança	148	235,00 C	0,00 C
31/07/2019		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.



Consultas - Extrato de conta corrente

G336021444791986000
02/07/2019 14:50:48

Cliente

Agência 204-6
Conta 62737-2
Período solicitado 06 / 2019

Lançamentos

Sem lançamentos no período

Transação efetuada com sucesso por: JA712208 VICENTE PEREIRA DA.



**CISTM****CONCILIAÇÃO BANCÁRIA**

Unidade Executora:

HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO

Convênio

001/2019**PRESTAÇÃO DE CONTAS**

() Parcial

(x) Final

Período: 24/06/2019 a 31/01/2020

DADOS BANCÁRIOS

Banco:

Banco do Brasil

Agência:

0204-6

Conta Corrente n.º:

62.737- 2**MOVIMENTAÇÃO BANCÁRIA**

Discriminação	Saldo
Saldo constante do extrato bancário em 31/01/2020	R\$ 0,00
(-) Cheques emitidos e não processados no extrato bancário	
Data/Número do Cheque/OB - Nome do Credor	
Valores creditados a identificar:	R\$ 32.997,71
data : 07-02-2020	
Valores debitados a identificar:	
SALDO DISPONÍVEL:	R\$ 0,00
Vicente Pereira da Silva Presidente	
Vicente Pereira da Silva (Responsável pela Instituição)	
Data: 13/04/2020	

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

CRONOGRAMA ESTIMATIVO DE DESEMBOLSO FINANCEIRO – CISTM (Valores em R\$)

META	Julho / 2019	Agosto / 2019	Setembro / 2019	Outubro/2019
	3.181,61	17.589,66	40.160,93	44.642,54
	Novembro / 2019	Dezembro / 2019	JANEIRO / 2020	-
	54.487,37	76.358,64	43.842,54	

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO – HOSPITAL SÃO JOSÉ (Valores em R\$)

META	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
	-	-	-	-	-	-
	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
	-	-	-	-	-	-

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente declaro, para fins de prova junto ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência nos Municípios ou em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal e Estadual que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, do Estado e do Município, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede Deferimento.

Ituiutaba-MG, 23 de dezembro de 2019.

VICENTE PEREIRA DA SILVA
Diretor-Presidente do Hospital São José

APROVAÇÃO DO CONCEDENTE

Aprovado.

Uberlândia- MG, 23 de dezembro de 2019.

CLEIDIMAR ZANOTTO
Presidente do CISTM

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

ANEXO ÚNICO PLANO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

01. NOME DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo		02. CNPJ 21.320.064/0001-40
03. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº) Avenida 3, nº 196		04. BAIRRO Centro
05. CIDADE/UF Ituiutaba-MG	06. CEP 38.300-160	07. TELEFAX (34)3271-7200
09. BANCO Banco do Brasil	10. CONTA CORRENTE: 62.737-2	11. AGÊNCIA 0204-6

DADOS DO DIRIGENTE

12. NOME COMPLETO DO DIRIGENTE Vicente Pereira da Silva		13. CPF 239.950.926-91	14. CARGO/FUNÇÃO Diretor-Presidente
15. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº) Av.03, 196		16. BAIRRO Centro	
17. CIDADE/UF Ituiutaba-MG		18. CEP 38.300-160	

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

PERÍODO DE EXECUÇÃO	Início	Término
	24/06/2019	31/01/2020

1) DESCRIÇÃO:

1.1) Objeto: Convênio entre o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM e o Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo nos termos deste Plano de Trabalho.

1.2) Justificativa do Objeto: o Convênio visa conjugar esforços no propósito de atender à necessidades emergenciais dos municípios listados neste instrumento quanto à realização de cirurgias eletivas, haja vista que estes órgãos não dispõem de estrutura e de profissionais especializados para a realização destes procedimentos médicos, fazendo que haja atualmente uma grande demanda represada que compromete consideravelmente a qualidade de vida e a dignidade destas pessoas.

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

JUSTIFICATIVA

Em junho de 2019 o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM, firmou com o Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo o Termo de Convênio nº 01/2019, com o objetivo de promover para os municípios do CISTM a realização de cirurgias eletivas, com vigência prevista até a data de 31/12/2019.

Mas, restando ainda procedimentos a realizar, com pacientes já no aguardo de data para realização da cirurgia e sendo de interesse para as partes a prorrogação do Convênio, tem este aditivo o objetivo, dada a excepcionalidade do caso, de alterar a data da vigência do mesmo, passando a vigorar até 31/01/2020, somente com o intuito de completar esse atendimento. Ora, a Cláusula Segunda do Termo de Convênio 01/2019 já previa tal possibilidade. Portanto, é perfeitamente legal a alteração proposta.

Ainda, dado o tempo exíguo para a realização de mais procedimentos, necessitamos readequar o valor do convênio n. 01/2019 de acordo com o que realmente será executado de cirurgias eletivas, com a redução no montante de R\$ 204.736,71 (duzentos e quatro mil setecentos e trinta e seis reais e setenta e um centavos) do valor previsto na cláusula sexta do convênio n. 01/2019, alterando o valor total para R\$ 280.263,29 (duzentos e oitenta mil duzentos e sessenta e três reais e vinte e nove centavos).

Portanto, resta justificado o presente Aditivo.

Uberlândia, 23 de dezembro de 2019.



Cleidimar Zanotto
Presidente do CISTM

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

CLÁUSULA QUARTA – DA SUPRESSÃO DE VALOR

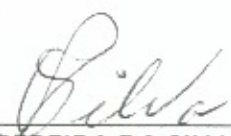
1. Fica suprimido o valor de R\$ 204.736,71 (duzentos e quatro mil setecentos e trinta e seis reais e setenta e um centavos) do valor previsto na cláusula sexta do convênio n. 01/2019, alterando o valor total para R\$ 280.263,29 (duzentos e oitenta mil duzentos e sessenta e três reais e vinte e nove centavos).
2. O valor das parcelas serão aqueles distribuídos no cronograma físico-financeiro em conformidade com o anexo único a este documento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

1. E, por estarem justas, as partes firmam o presente aditamento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Uberlândia-MG, 23 de dezembro de 2019.


CLEIDIMAR ZANOTTO
Presidente do CISTM


VICENTE PEREIRA DA SILVA
Presidente do Hospital São José
Sociedade São Vicente de Paulo

Testemunhas:

Nome: Mariana N. Pedrosa
Ass.: [Assinatura]

CPF: 323.049.786-4

Nome: Aline Costa de Andrade
Ass.: [Assinatura]

CPF: 090.409266-62


Alexandre Ferreira da S. Paiva
OAB/MG nº 143.400

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 001/2019 QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO - CISTM E O HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO.

CLÁUSULA PRIMEIRA – PARTES E FUNDAMENTO

PARTES CONVENIENTES: **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO**, doravante denominado unicamente **CISTM**, inscrito no CNPJ sob o nº 18.151.467/0001-06, situado na Avenida Antônio Thomaz Ferreira Rezende, nº 3.180, Distrito Industrial, CEP: 38402-349 - Uberlândia-MG, representado por seu Presidente **Cleidimar Zanotto**, brasileiro, casado, agente político, inscrito no CPF/MF sob o nº 637.426.326-04, residente e domiciliado no município de Capinópolis-MG; e

HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO, doravante denominado unicamente **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, inscrito no CNPJ sob o nº 21.320.064/0001-40, com sede na Avenida 3, nº 196, Centro, CEP: 38.300-160, Ituiutaba-MG, representado por seu Presidente, **Vicente Pereira da Silva**, inscrito no CPF/MG sob o nº 239.950.926-91, residente e domiciliado na Avenida Tiradentes, 953 – Bairro Independência, Ituiutaba-MG.

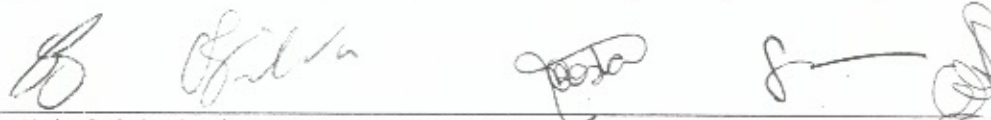
FUNDAMENTO: Convênio 01/2019 celebrado entre as partes, mais especificamente no item 2.1 da Cláusula Segunda e na justificativa anexa, parte integrante e complementar do presente instrumento, como se transcrito na íntegra estivesse.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

1. Constitui objeto deste Aditivo a prorrogação do prazo e a supressão de valor no Convênio 01/2019, conforme alterações ratificadas no Anexo Único deste Aditivo e na justificativa anexa.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

1. Fica prorrogado o prazo previsto na cláusula segunda do Convênio 01/2019 para 31 de janeiro de 2020.



CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

JUSTIFICATIVA

Em junho de 2019 o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro – CISTM firmou o Termo de Convênio nº 01/2019 junto ao Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo, na cidade de Ituiutaba, com vistas à realização de cirurgias eletivas para alguns municípios consorciados ao CISTM, nos termos e condições ali pactuadas.

No momento da celebração do Convênio participavam 05 municípios da região, sendo eles Cachoeira Dourada, Capinópolis, Gurinhatã, Ipiacu e Santa Vitória, totalizando o valor global de contribuição de R\$460.000,00 (quatrocentos e sessenta mil reais), valor este fixado no Convênio 01/2019 e, após o início de sua execução, foi feita a inclusão do município de Canápolis, sendo portanto necessários os ajustes de valores inicialmente pactuados pelos municípios.

E, pela necessidade de alteração no repasse de valores de alguns municípios, é necessária alteração ao Termo de Convênio 01/2019 e por esta razão estabelece-se, neste momento, a celebração do Primeiro Aditivo, devidamente fundamentado e justificado.

Desta forma, este Aditivo tem o intuito de registrar a mencionada alteração no valor do Termo de Convênio nº 01/2019, passando o seu valor global para o montante de R\$485.000,00 (quatrocentos e oitenta e cinco mil reais).

O art. 116 da Lei Federal nº 8.666/1993 permite alterações em valores de convênios públicos. Portanto as alterações estão legalmente amparadas, ficando o justificado o aditamento ora tratado.

Uberlândia, 15 de outubro de 2019.

Cleidimar Zanotto
Presidente do CISTM

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

ANEXO ÚNICO
CRONOGRAMA ESTIMATIVO DE DESEMBOLSO FINANCEIRO – CISTM
(Valores em R\$)

META	Jul/2019	Ago/2019	Set/2019	Out/2019	Nov/2019	Dez/2019
	3.181,61	17.589,66	40.160,93	44.642,54	126.475,26	126.475,00
	Jan/2020	Fev/2020	Mar/2020	Abr/2020	Mai/2020	Jun/2020
	126.475,00	-	-	-	-	-

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente declaro, para fins de prova junto ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência nos Municípios ou em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal e Estadual que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, do Estado e do Município, na forma deste Plano de Trabalho.

Ituiutaba-MG, 15 de outubro de 2019.



VICENTE PEREIRA DA SILVA
Diretor-Presidente do Hospital São José



CLEIDIMAR ZANOTTO
Presidente CISTM

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

2. E, para constar, firma-se este Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, que será pelas partes assinado, na presença das testemunhas abaixo.

Uberlândia, 15 de outubro de 2019.

CLEIDIMAR ZANOTTO

Presidente do CISTM

VICENTE PEREIRA DA SILVA

Presidente do Hospital São José
Sociedade São Vicente de Paulo

TESTEMUNHAS:

Nome:

Manoel Martins Pedrosa CPF: 323049786-49

Assinatura:

Nome:

Alcides Gomes da Silva

CPF:

019.954.526-17

Assinatura:

Alexandre Ferreira da S. Paula
OAB/MG nº 143.400

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

PRIMEIRO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 001/2019 SI CELEBRAM O CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO - CISTM E O HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS PARTES E DO FUNDAMENTO

CONCEDENTE: CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO, doravante denominado unicamente **CISTM**, inscrito no CNPJ sob o nº 18.151.467/0001-06, situado na Avenida Antônio Thomaz Ferreira Rezende, nº 3.180, Distrito Industrial, CEP: 38402-349 - Uberlândia-MG, representado por seu Presidente **Cleidimar Zanotto**, brasileiro, casado, agente político, inscrito no CPF/MF sob o nº 637.426.326-04, residente e domiciliado no município de Capinópolis-MG;

BENEFICIÁRIO: HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO, doravante denominado unicamente **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, inscrito no CNPJ sob o nº 21.320.064/0001-40, com sede na Avenida 3, nº 196, Centro, CEP: 38.300-160, Ituiutaba-MG, representado por seu Presidente, **Vicente Pereira da Silva**, inscrito no CPF/MG sob o nº 239.950.926-91, residente e domiciliado na Avenida Tiradentes, 953 – Bairro Independência, Ituiutaba-MG.

FUNDAMENTO: O presente Aditivo tem fundamento no Termo de Convênio nº 01/2019, mais especificamente em sua Cláusula Primeira, item 1.1, Cláusula Sexta, item 6.1 e na justificativa anexa, parte integrante e complementar do presente instrumento, como se transcrito na íntegra estivesse.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO

1. Constitui objeto deste instrumento a inclusão do município de Canápolis ao rol dos municípios a serem atendidos pelo Termo de Convênio 01/2019 e ainda a alteração do valor global do mesmo que, depois da presente alteração, passará a ter o valor global de **R\$485.000,00 (quatrocentos e oitenta e cinco mil reais)**.

3. Pelas alterações citadas no item 1 desta Cláusula, o valor dos repasses ao Hospital São José serão também alterados, devendo ser considerado o Cronograma de Desembolso Financeiro do CISTM ao órgão conveniente, na forma do anexo deste Aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES FINAIS

1. Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições previstas no contrato de origem, que não conflitem com o presente Aditivo.

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente declaro, para fins de prova junto ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência nos Municípios ou em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal e Estadual que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, do Estado e do Município, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede Deferimento.

Ituiutaba-MG, 24 de junho de 2019.

VICENTE PEREIRA DA SILVA
Diretor-Presidente do Hospital São José

APROVAÇÃO DA CONCEDENTE

APROVADO

Uberlândia-MG, 24 de junho de 2019.

CLEIDIMAR ZANOTTO
Presidente CISTM

~~Alexandro de Souza Pires~~
~~UNE, MG nº 148.406~~

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
 Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
 Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

ARTRODESE DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES MEMBRO SUPERIOR	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PLANALTO TIBIAL	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
FRATURA/LESÃO FISÁRIA DOS METATARSIANOS	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/DA ULNA	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
CIRÚRGIA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00

DESCRIÇÃO	Quant. Meses	ESTIMATIVA DE CUSTO	
		Valor Mensal Estimado (R\$)	Valor Total Estimado (R\$)
Realização de cirurgias eletivas	7	1 x 70.000,00 6 x 65.000,00	460.000,00
TOTAL GERAL ESTIMADO R\$ 460.000,00			

CRONOGRAMA ESTIMATIVO DE DESEMBOLSO FINANCEIRO – CISTM (Valores em R\$)						
META	Jul/2019	Ago/2019	Set/2019	Out/2019	Nov/2019	Dez/2019
	70.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00	65.000,00
	Jan/2020	Fev/2020	Mar/2020	Abr/2020	Mai/2020	Jun/2020
	65.000,00	-	-	-	-	-

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO – HOSPITAL SÃO JOSÉ (Valores em R\$)						
META	Jul/2019	Ago/2019	Set/2019	Out/2019	Nov/2019	Dez/2019
	-	-	-	-	-	-
	Jan/2020	Fev/2020	Mar/2020	Abr/2020	Mai/2020	Jun/2020
	-	-	-	-	-	-

Araguari - Araporã - Cachoeira Dourada - Campina Verde - Canápolis - Capinópolis - Casalho Rico - Centralina - Douradoquara - Estrela do Sul - Grupiara - Guanhacá - Indianópolis - Ipiacú - Ituiutaba - Monte Alegre de Minas - Monte Carmelo - Prata - Romaria - Santa Teófia - Tupaciguara - Uberlândia

Handwritten signature and initials.

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

QUALQUER VIA			518,39		4.500,00
LAQUEADURA	1	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 3.981,61	R\$ 4.500,00
OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL	2	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
POSTECTOMIA (FIMOSE)	1	UROLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	3	UROLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 3.981,61	R\$ 4.500,00
RESSEC O ENDOSCOPICA DE PRÓSTATA	2	UROLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
RINOPLASTIA REPARADORA	1	OTORRINO	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
RINOSEPTOPLASTIA	1	OTORRINO	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
URETEROLITOTOMIA	2	UROLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
VARIZES BILATERAL	2	VASCULAR	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
VARIZES UNILATERAL	1	VASCULAR	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
VASECTOMIA UNILATERAL	1	UROLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
RESSEÇÃO SIMPLES DE TUMOR DE ARTES MOLES	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
TENÓLISE	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIOL	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO CARPO	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
RECONSTRUÇÃO LIG. EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
TENORRAFIA ÚNICA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO	1	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
TRAT. C. DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIOL	2	ORTOPEDIA	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00

Assinado de Souza Pinheiro

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

METAS

- 1) Realização de cirurgias eletivas para pacientes dos municípios listados neste instrumento;
- 2) Reduzir ou, até mesmo, eliminar toda a demanda represada de pacientes que necessitam da realização de cirurgias eletivas;
- 3) Melhorar a qualidade de vida e dar dignidade às pessoas que necessitam da realização destas cirurgias eletivas.

TABELA: RELAÇÃO DE CIRURGIAS X CUSTOS

Tabela de cirurgias eletivas que serão disponibilizadas aos pacientes, contemplando: porte dos procedimentos, a especialidade e todos os custos envolvidos.

CUSTOS DE CIRURGIAS ELETIVAS					
CIRURGIA	PORTE	ESPECIALISTA	AIH*	COMPLEMENTO	TOTAL
ADENOIDECTOMIA	1	OTORRINO	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
AMIGDALECTOMIA LINGUAL	1	OTORRINO	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
APENDICECTOMIA	2	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	2	OTORRINO	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
CERCLAGEM DO COLO UTERINO	1	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
COLECISTECTOMIA ABERTA	2	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO	1	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
CURETAGEM GINECOLÓGICA SEMIÓTICA	1	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
CONIZAÇÃO (GINECOLÓGICA)	1	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
HEMORROIDECTOMIA	1	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	1	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL	1	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 2.681,61	R\$ 3.200,00
HERNIORRAFIA LOMBAR	2	CIRURGIAO GERAL	R\$ 518,39	R\$ 3.181,61	R\$ 3.700,00
HISTERECTOMIA TOTAL	3	GINECOLOGISTA	R\$ 518,39	R\$ 3.981,61	R\$ 3.700,00

Araguari - Araporã - Cachoeira Dourada - Campina Verde - Canápolis - Capinópolis - Cascalho Rico - Centralina - Douradoquara - Estrela do Sul - Grupiara - Gurinhatã - Indianópolis - Ipiaca - Itulutaba - Monte Alegre de Minas - Monte Carmelo - Prata - Romaria - Santa Vitória - Timbó - Uberlândia

A Realização da Saúde é um Direito

CISTM

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br



ANEXO ÚNICO PLANO DE TRABALHO

PLANO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE		
01. NOME DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo		02. CNPJ 21.320.064/0001-40
03. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº) Avenida 3, nº 196		04. BAIRRO Centro
05. CIDADE/UF Ituiutaba-MG	06. CEP 38.300-160	07. TELEFAX (34)3271-7200
09. BANCO Banco do Brasil	10. CONTA CORRENTE: 62.737-2	11. AGÊNCIA 0204-6
DADOS DO DIRIGENTE		
12. NOME COMPLETO DO DIRIGENTE Vicente Pereira da Silva		13. CPF 239.950.926-91
15. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº) Av.03, 196		14. CARGO/FUNÇÃO Diretor-Presidente
16. BAIRRO Centro		17. CIDADE/UF Ituiutaba-MG
18. CEP 38.300-160		
DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
PERÍODO DE EXECUÇÃO	Início	Término
	Data da Assinatura	31/12/2019
1) DESCRIÇÃO:		
1.1) Objeto: Convênio entre o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM e o Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo nos termos deste Plano de Trabalho.		
1.2) Justificativa do Objeto: o Convênio visa conjugar esforços no propósito de atender à necessidades emergenciais dos municípios listados neste instrumento quanto à realização de cirurgias eletivas, haja vista que estes órgãos não dispõem de estrutura e de profissionais especializados para a realização destes procedimentos médicos, fazendo que haja atualmente uma grande demanda represada que compromete consideravelmente a qualidade de vida e a dignidade destas pessoas.		

Alexandre de Souza Pereira
Assinatura nº 148.405

[Assinatura] *[Assinatura]*

CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

12.1. O CISTM publicará o extrato deste Convênio no prazo de 20 (vinte) dias contados da sua assinatura em sua "home page".

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL SÃO JOSÉ

13.1. A realização da execução do objeto do presente termo não importa em qualquer associação ou solidariedade do CISTM perante terceiros.

13.2. O HOSPITAL SÃO JOSÉ responsabilizar-se-á civil, penal e administrativamente pela execução do objeto deste Convênio, também respondendo perante terceiros por quaisquer danos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

14.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Uberlândia-MG, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões suscitadas na execução deste Convênio e para definir responsabilidades e punições em caso de inadimplência das partes.

E, para constar, firmou-se este Instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma é, depois de lido e achado conforme pelas partes, na presença das testemunhas abaixo, vai por elas assinado.

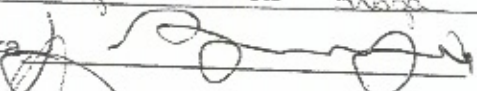
Uberlândia-MG, 24 de junho de 2019.


CLEIDIMAR ZANOTTO
Presidente do CISTM


VICENTE PEREIRA DA SILVA
Presidente do Hospital São José Sociedade São Vicente de Paulo

TESTEMUNHAS:

Nome: Rodrigo Otávio Braga

Assinatura: 

CPF: 236 336.906-35

Nome: João Batista Alves

Assinatura: _____

CPF: 333 287.756-04

Atestado de Saúde nº 148.46

b.3) quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida neste Convênio.

c) o valor correspondente às despesas comprovadas com documentos inidôneos ou impugnados, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PROIBIÇÕES

10.1. É vedada a utilização dos recursos repassados por força deste Convênio, em finalidade diversa da estabelecida no Plano de Trabalho a que se refere este instrumento, bem como no pagamento de despesas efetuadas anterior ou posteriormente ao período de vigência acordado, ainda que em caráter de emergência.

10.2. Os recursos deste Convênio também **não poderão ser utilizados:**

- a) com o pagamento de despesas contraídas fora do período de sua vigência e após o término;
- b) na realização de despesas com taxas bancárias, com multas, juros ou correção monetária, inclusive, referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo;
- c) na realização de despesas a título de taxa de administração, gerência ou similar;
- d) no pagamento de gratificação, consultoria, assistência técnica ou qualquer espécie de remuneração adicional a servidor público que esteja lotado ou em exercício em quaisquer dos entes partícipes deste Convênio; e
- e) despesas com efeito retroativo.

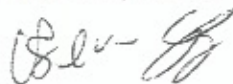
10.3. Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação pertinente em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. Este Convênio poderá ser rescindido de pleno direito, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, por descumprimento das normas estabelecidas na legislação vigente, por inadimplemento de quaisquer de suas cláusulas ou condições, ou pela superveniência de norma legal ou de fato que o torne material ou formalmente inexecutável, sem quaisquer ônus advindos dessa medida, imputando-se às partes as responsabilidades das obrigações decorrentes do prazo em que tenha vigido e creditando-se-lhes os benefícios adquiridos no mesmo período.

11.2. Constitui motivo para rescisão deste Convênio, independentemente do instrumento de sua formalização, o inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas, particularmente quando constatadas as seguintes situações:

- a) utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho;
- b) constatação de irregularidade de natureza grave, no decorrer de fiscalizações ou auditorias; e
- c) falta de apresentação da Prestação de Contas Final, no prazo e formas estabelecidos.



CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

d) Relatório detalhado de todas as cirurgias eletivas realizadas durante a vigência deste Convênio, contendo, no mínimo: nome dos pacientes, cirurgias eletivas realizadas, data de realização, municípios de origem, valores detalhados pagos a título de "Complemento", cópia das respectivas guias de autorização e as Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs emitidas pelos municípios.

e) Comprovante de recolhimento ao **CISTM** de eventual saldo dos recursos financeiros repassados nos termos deste Convênio;

f) Demais informações pertinentes à execução do objeto deste Convênio.

8.4. Caberá ao **CISTM**, nos termos deste Convênio, promover a conferência da documentação apresentada, aprovando-a ou não, bem como promover o arquivamento dos processos de pagamentos e das prestações de contas, que ficarão a disposição dos órgãos fiscalizadores.

8.5. A prestação de contas final será apresentada ao **CISTM** até 60 (sessenta) dias após o término da vigência deste Convênio.

8.6. Após a apresentação da prestação de contas final, o **CISTM** terá o prazo de até 90 (noventa) dias para emissão de parecer técnico final sobre as contas apresentadas.

8.7. Constatadas quaisquer irregularidades referentes à prestação de contas, será fixado o prazo máximo de 10 (dez) dias ao **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, a partir da data do recebimento da notificação, para apresentação de justificativa e alegações de defesa ou devolução dos recursos liberados.

8.8. A não apresentação da prestação de contas no prazo estipulado no Convênio, ou a não aprovação das contas que forem prestadas, nos termos acima referidos, fará com que o **HOSPITAL SÃO JOSÉ** fique impedido de receber novos recursos até a completa regularização e implicará no encaminhamento do caso à Assessoria Jurídica do **CISTM**, na hipótese de ressarcimento ao erário, para as medidas judiciais cabíveis.

CLÁUSULA NONA – DA RESTITUIÇÃO

9.1. Quando da conclusão do objeto pactuado, da denúncia, da rescisão ou da extinção deste instrumento, o **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias contados da ocorrência do evento, sob pena da imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, é obrigado a recolher à conta do **CISTM**:

a) o eventual saldo remanescente dos recursos financeiros repassados;

b) o valor total transferido atualizado monetariamente, acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Nacional, a partir da data de recebimento, nos seguintes casos:

b.1) quando não for executado o objeto deste instrumento;

b.2) quando não for apresentada, no prazo exigido, a prestação de contas final; ou

Alexandro de Souza Pinna

Araguari - Araporã - Cachoeira Dourada - Campina Verde - Canápolis - Capinópolis - Cascaíto Rico - Centralina - Douradoquara - Estrela do Sul - Grupiara - Gurinhatã - Indianópolis - Ipiaca - Ituiutaba - Monte Alegre de Minas - Monte Carmelo - Prata - Romaria - Santa Vitória - Tupaciguara - Uberlândia

6.4. Nos valores a serem repassados estão incluídos a realização de todos os procedimentos referentes à internação, pré e pós-cirúrgicos, pré-anestésicos dos pacientes e, pelo menos, 1 (um) retorno a ser realizado em até 15 (quinze) após a alta hospitalar; bem como a adoção de todos os procedimentos médicos necessários em caso de eventuais complicações decorrentes das cirurgias eletivas ou situações equivalentes.

6.5. Ocorrendo impropriedades e/ou irregularidades na execução deste Convênio, obriga-se o **CISTM** a suspender a liberação de eventuais parcelas subsequentes, se houver, e a notificar, de imediato, o representante legal do **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, a fim de proceder ao saneamento requerido ou cumprir a obrigação, observado o prazo máximo de 30 (trinta) dias, nos casos a seguir especificados:

a) quando não houver comprovação da correta aplicação dos recursos, na forma da legislação aplicável, inclusive mediante procedimentos de fiscalização local, realizados pelo **CISTM**;

b) quando verificado desvio da finalidade na aplicação dos recursos, atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas, práticas atentatórias aos princípios fundamentais da Administração Pública nas contratações e demais atos praticados na execução deste Convênio; e

c) quando o **HOSPITAL SÃO JOSÉ** descumprir quaisquer cláusulas ou condições estabelecidas neste Convênio.

6.8. Findo o prazo da notificação de que trata o item 5.6, sem que as impropriedades e/ou irregularidades tenham sido sanadas, será instaurada a competente Tomada de Contas Especial, por determinação do Presidente do **CISTM**, respeitado o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas oriundas da execução deste Convênio correrão à conta da seguinte dotação orçamentária: **10.20.10.302.2001.20007.3.3.50.43.**

CLÁUSULA OITAVA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

8.1. Ao fim da vigência deste instrumento, deverá ser realizada prestação de contas e o Relatório de Execução Físico-Financeira pertinente aos recursos liberados, que será composta da seguinte documentação:

a) Ofício de encaminhamento;

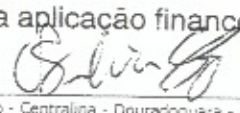
b) Cópia do Convênio e do Plano de Trabalho;

c) Conciliação bancária, acompanhada de:

c.1) Extrato de conta específica vinculada, desde o recebimento da 1ª (primeira) parcela até a última movimentação bancária; e

c.2) Comprovação dos rendimentos auferidos na aplicação financeira, quando houver.

Alexandro de Souza Faria
Unidade nº 148.402



relatórios de enfermagem e afins, poderão ser consultados por técnicos e/ou demais profissionais competentes designados pelo **CISTM** nas dependências do **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, observadas todas as disposições legais em vigor.

CLÁUSULA QUINTA – DA COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Fiscalização, que será composta por 3 (três) representante indicados pelo **CISTM**, realizará a apreciação da prestação de contas, nos termos da Cláusula Oitava deste Convênio, de forma a apresentar relatório contendo parecer conclusivo sobre as contas apresentadas no prazo de até 90 (noventa) dias após o seu recebimento.

5.2. Caso o relatório indique pela rejeição parcial ou total das contas apresentadas, poderá o **CISTM**, após análise, adotar os procedimentos e as medidas legais necessárias.

5.3. Caberá ao **CISTM** o encaminhamento do relatório da Comissão de Fiscalização para o **HOSPITAL SÃO JOSÉ** e às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios consorciados.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA FORMA DE UTILIZAÇÃO

6.1. Para execução do objeto deste Convênio o **CISTM** repassará ao **HOSPITAL SÃO JOSÉ** o valor estimado de **R\$ 460.000,00 (quatrocentos e sessenta mil reais)**, em sete parcelas mensais estimadas em, uma de **R\$ 70.000,00 (setenta mil reais)** e mais seis de **R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais)**, conforme Cronograma de Desembolso Financeiro constante do Plano de Trabalho anexo.

6.2. Os recursos do **CISTM** destinados à execução do objeto deste Convênio serão liberados de acordo com o Cronograma de Desembolso Financeiro constante do Plano de Trabalho, a crédito de conta bancária específica em banco oficial em nome do **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, de forma que **os repasses serão efetuados somente sobre as cirurgias eletivas efetivamente realizadas no mês de referência**, nas formas e condições aqui estabelecidas, observadas as disposições do Plano de Trabalho.

6.2.1. Os valores que serão repassados pelo **CISTM** ao **HOSPITAL SÃO JOSÉ** contemplam apenas os custos referentes ao item "COMPLEMENTO" das cirurgias realizadas no mês de referência, observado o porte estabelecido para cada especialidade, conforme previsto em tabela constante do Plano de Trabalho anexo a este instrumento.

6.3. Os repasses serão feitos mensalmente em até 10 (dez) dias após a apresentação pelo **HOSPITAL SÃO JOSÉ** de relatório detalhado das cirurgias eletivas realizadas no mês, o qual será submetido a conferência e aceite pelo **CISTM**.

6.3.1. O relatório deverá ser encaminhado ao **CISTM** até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da realização das cirurgias eletivas, observadas as demais disposições estabelecidas neste instrumento.

6.3.2. O relatório detalhado a ser encaminhado ao **CISTM** deverá conter: nome dos pacientes, cirurgias eletivas realizadas, data de realização, municípios de origem, valores detalhados a serem pagos a título de "Complemento" e as respectivas guias de autorização.

Relatório de Saúde
Unidade nº 148.400

4.6. Os pacientes que necessitarem de atendimento cirúrgico de urgência não serão contemplados com este Convênio.

4.7. Caberá ao **HOSPITAL SÃO JOSÉ** a realização de todos os procedimentos referentes à internação, pré e pós-cirúrgicos, pré-anestésicos dos pacientes e, pelo menos, 1 (um) retorno a ser realizado em até 15 (quinze) após a alta hospitalar; bem como a adoção de todos os procedimentos médicos necessários em caso de eventuais complicações decorrentes das cirurgias eletivas ou situações equivalentes.

4.8. Caberá à Secretaria Municipal de Saúde do município de origem do paciente e ao **HOSPITAL SÃO JOSÉ** o repasse prévio, por escrito, de todas as orientações e recomendações médicas necessárias ao paciente, além da indicação do(s) médico(s) responsável(is) pela realização da cirurgia eletiva.

4.9. O **HOSPITAL SÃO JOSÉ** obriga-se a entregar ao paciente ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, relatório do atendimento prestado e/ou resumo de alta.

4.10. Nas situações em que o médico responsável pela avaliação discordar da indicação do procedimento cirúrgico, o mesmo deverá emitir relatório médico com a devida justificativa, e o paciente deverá levar este relatório ao município de origem para análise e avaliação de cancelamento do processo cirúrgico.

4.11. O **HOSPITAL SÃO JOSÉ** deverá se atentar às exigências da Vigilância Sanitária, quanto aos POP's (Procedimentos Operacionais Padrão), no que diz respeito às normas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos utilizados, durante e após a realização de cada cirurgia eletiva.

4.12. O **HOSPITAL SÃO JOSÉ** se compromete a atender integralmente a toda legislação vigente que abrange o objeto deste Convênio, além de cumprir quaisquer exigências determinadas pelos órgãos de fiscalização competentes.

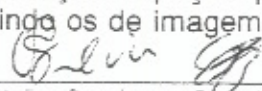
4.13. Ocorrendo a rescisão do presente Convênio, seja por iniciativa de qualquer das partes ou pelo vencimento em virtude de decurso do prazo, obriga-se o **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, sob pena de responder pelas sanções cabíveis, a concluir todos os tratamentos já iniciados.

4.14. Qualquer fiscalização exercida pelo **CISTM**, feita em seu exclusivo interesse, não implica em corresponsabilidade pela execução dos serviços e não exime o **HOSPITAL SÃO JOSÉ** de suas obrigações de fiscalização e perfeita execução do objeto deste Convênio.

4.15. A fiscalização do **CISTM**, em especial, terá o dever de verificar o cumprimento dos termos deste Convênio, especialmente no que se refere à qualidade na prestação dos serviços, podendo exigir as cautelas necessárias à prevenção do erário.

4.16. O **HOSPITAL SÃO JOSÉ** deverá permitir o livre acesso dos técnicos e/ou demais profissionais designados pelo **CISTM** para o acompanhamento e a fiscalização permanente do objeto deste Convênio, bem como prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

4.17. Os prontuários dos pacientes, bem como todas as anotações e peças que os compõem, tais como: boletins de anestesia, resultados de exames (incluindo os de imagem), laudos, pareceres,



- h) promover a cooperação em consonância com as finalidades estatutárias das partes;
- i) dar a publicidade legal devida aos atos do presente termo;
- j) movimentar os recursos financeiros recebidos em banco oficial e em conta bancária específica para o objeto deste Convênio;
- k) responsabilizar-se por qualquer dano ou prejuízo advindo da má execução do objeto deste Convênio perante terceiros, isentando o **CISTM** de qualquer ônus ou encargo a esse título;
- l) arcar com todos os custos resultantes de ações judiciais ou extrajudiciais a que o **CISTM** for compelido a responder por força de qualquer ação/omissão do **HOSPITAL SÃO JOSÉ** que contrarie as cláusulas estabelecidas neste instrumento, incluindo o pagamento de honorários advocatícios;
- m) comunicar imediatamente ao **CISTM** qualquer irregularidade ou dificuldade que impossibilite a execução do objeto pactuado neste instrumento;
- n) indicar ao **CISTM** um preposto com competência para manter entendimentos e receber comunicações acerca do objeto do contrato; e
- o) desenvolver outras atividades afins.

CLÁUSULA QUARTA – DA EXECUÇÃO DO OBJETO

4.1. O agendamento das cirurgias eletivas somente será realizado pelos municípios autorizados via sistema online de agendamento disponibilizado pelo **CISTM**.

4.1.1. O **CISTM** repassará a representantes indicados pelo **HOSPITAL SÃO JOSÉ** todas as orientações e procedimentos necessários para a utilização do sistema online de agendamento.

4.2. As cirurgias eletivas somente serão realizadas por meio de guia de autorização do paciente expedida eletronicamente (via sistema online) acompanhada da Autorização de Internação Hospitalar – AIH emitida pela Secretaria Municipal de Saúde do município de origem do paciente.

4.3. A cirurgia eletiva somente poderá ser realizada se a guia de autorização estiver assinada pelo Secretário Municipal de Saúde do município de origem do paciente.

4.4. Após o recebimento do pedido de agendamento, o **HOSPITAL SÃO JOSÉ** terá, via sistema online, o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para o agendamento da data da realização da cirurgia eletiva, a qual deverá ocorrer no prazo limite de 15 (quinze) dias.

4.4.1. As cirurgias eletivas agendadas que, por motivo justificado, não puderem ser realizadas na data prevista, deverão ser reagendadas e realizadas no prazo máximo de 10 (dez) dias.

4.5. Somente serão realizadas as cirurgias eletivas discriminadas na tabela constante do Plano de Trabalho deste Convênio.

Alexandro de Souza Pinheiro
Secretário Municipal de Saúde
PO 148.414



CISTM



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro
Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349
Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br

- a) efetuar repasse dos recursos financeiros ao **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, nos termos da Cláusula Quinta, os quais serão aplicados integralmente na realização de cirurgias eletivas, conforme o Plano de Trabalho relativo a este Convênio;
- b) indicar 3 (três) representantes para compor a Comissão de Fiscalização que irá acompanhar a aplicação dos recursos repassados;
- c) coordenar, supervisionar e fiscalizar a execução deste Convênio;
- d) examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos objeto deste Convênio;
- e) analisar e autorizar reformulações no Plano de Trabalho, conforme o caso, mediante solicitação prévia do **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, desde que tal reformulação seja permitida em lei e que não implique a alteração do objeto pactuado;
 - e.1) Os pedidos de reformulação deverão ser encaminhados dentro da vigência deste Convênio e no prazo de 15 (quinze) dias de antecedência.
 - e.2) Após o recebimento do pedido, o **CISTM** terá o prazo de 15 (quinze) dias para análise e emissão da decisão.
- f) prorrogar, de ofício, a vigência deste Convênio, mediante justificativa formalizada pelo **HOSPITAL SÃO JOSÉ** e aprovada pelo **CISTM**, quando houver atraso na execução dos serviços; e, no caso de atraso no repasse dos recursos financeiros, a prorrogação será automática e limitada ao exato período do atraso verificado;
- g) providenciar, no prazo e na forma legal, a publicação do extrato deste Convênio na 'home page' oficial das partes Convenientes; e
- h) desenvolver outras atividades afins.

3.2. São obrigações do **HOSPITAL SÃO JOSÉ** com relação à execução do objeto deste Convênio:

- a) realizar as cirurgias eletivas discriminadas no Plano de Trabalho com qualidade e eficiência, dentro dos padrões mínimos exigidos pelas normas pertinentes;
- b) comunicar ao **CISTM**, imediatamente, qualquer situação que possa comprometer a manutenção e/ou a execução do objeto deste Convênio;
- c) prestar contas dos recursos objeto deste Convênio nos prazos e formas estabelecidos;
- d) arcar com quaisquer ônus de natureza trabalhista, previdenciária ou social; decorrentes da execução deste Convênio;
- e) manter arquivado, pelo prazo de 5 (cinco) anos, todos os documentos pertinentes a este Convênio, os quais deverão estar disponíveis para fiscalização quando necessário;
- f) facilitar o acesso da Comissão de Fiscalização;

CISTM

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

Av. Antônio Thomaz Ferreira Rezende, 3.180 – Distrito Industrial - Uberlândia/MG - CEP 38402-349

Fone/Fax (34)3213-2433 Home Page: www.cistm.com.br E-mail: cistm@cistm.com.br



CONVÊNIO Nº 001/2019

Convênio que entre si celebram o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro - CISTM e o Hospital São José da Sociedade São Vicente de Paulo.

O **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO TRIÂNGULO MINEIRO**, doravante denominado unicamente **CISTM**, inscrito no CNPJ sob o nº 18.151.467/0001-06, situado na Avenida Antônio Thomaz Ferreira Rezende, nº 3.180, Distrito Industrial, CEP: 38402-349 - Uberlândia-MG, neste ato representado por seu Presidente **Cleidimar Zanotto**, brasileiro, casado, agente político, inscrito no CPF/MF sob o nº 637.426.326-04, residente e domiciliado no município de Capinópolis-MG; e o **HOSPITAL SÃO JOSÉ DA SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO**, doravante denominado unicamente **HOSPITAL SÃO JOSÉ**, inscrito no CNPJ sob o nº 21.320.064/0001-40, com sede na Avenida 3, nº 196, Centro, CEP: 38.300-160, Ituiutaba-MG, neste ato representado por seu Presidente, **Vicente Pereira da Silva**, inscrito no CPF/MG sob o nº 239.950.926-91, residente e domiciliado na Avenida Tiradentes, 953 – Bairro Independência, Ituiutaba-MG, resolvem celebrar, nos termos da Constituição Federal; da Lei Federal nº 8.666/1993; da Portaria nº 1.034/2010 do Ministério da Saúde; da Lei Federal nº 11.107/2005; do inciso IV do art. 3º c/c inciso II do art. 84 da Lei Federal nº 13.019/2014; da Lei Federal nº 8.080/1990 e demais legislações correlatas; o presente Convênio mediante as cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Convênio tem por objeto a junção de esforços entre as partes convenientes para assegurar a realização de serviços médicos pelo **HOSPITAL SÃO JOSÉ** à população dos municípios de Cachoeira Dourada, Capinópolis, Gurinhatã, Ipiacu e Santa Vitória; os quais pertencem à região de abrangência do **CISTM**.

1.2. Os esforços serão concentrados particularmente na realização de cirurgias eletivas, de acordo com o Plano de Trabalho parte integrante deste Convênio.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

2.1. O presente Convênio vigorará a partir da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2019.

2.2. O prazo de vigência poderá ser prorrogado por comum acordo entre os participantes, fundamentado em razões concretas que assim o justifiquem, mediante assinatura do correspondente termo aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES

3.1. São obrigações do **CISTM** com relação à execução do objeto deste Convênio:

[Assinaturas manuscritas]

Araguari - Araporã - Cachoeira Dourada - Campina Verde - Canápolis - Capinópolis - Cascalho Rico - Centralina - Douradoquara - Estrela do Sul - Grupiara - Gurinhatã - Indianópolis - Ipiacu - Ituiutaba - Monte Alegre de Minas - Monte Carmelo - Petrópolis - Romaria - Santa Vitória - Tupaciguara - Uberlândia

Registro de Santa Vitória
Data: 01/01/2019 nº 148.43.



Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo

"Qualidade e competência a serviço da vida"

Ofício nº 0043/2020/HSJ/CONV

Ituiutaba-Mg, 13 de Abril de 2020



Ao

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro

CISTM

Uberlândia-Mg

Ref.: Prestação de Contas do Convênio nº 001/2019

Prezados Senhores,

Encaminhamos em anexo, os documentos listados abaixo, referentes à Prestação de Contas Final do Convênio nº 001/2019, celebrado com o Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo:

- Cópia do Convênio 001/2019 com plano de Trabalho e Termos Aditivos;
- Conciliação Bancária;
- Cópia de Extratos Bancários da Conta Corrente e Aplicação nº 62.737-2 do Banco do Brasil, Agência 0204-6 ;
- Cópia de comprovante de depósito de recurso próprio;
- Relatório Detalhado de Cirurgias Eletivas realizadas no período, cópia das guias de autorização, comprovante de internação dos pacientes (SUSFÁCIL) / ou AIH ;
- Relatório de Considerações sobre o Convênio, acompanhado de Notas Fiscais emitidas de realização das Cirurgias Eletivas;

Atenciosamente,


Vicente Pereira da Silva
Diretor-Presidente

Hospital São José da Sociedade de São Vicente de Paulo

