
 <p>MUNICÍPIO Santa Cecília do Pavão Gestão 2017 / 2020</p>	<p><i>Santa Cecília do Pavão</i> CRAS LAZÁRO ELIAS RABELO ESTADO DO PARANÁ CNPJ 15.438958/0001-36 www.santaceciliadopavao.pr.gov.br CRAS- CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</p>	 <p>Serviço Social</p>
--	---	---

PARECER SOCIAL

De: CRAS – Centro de Referência de Assistência Social de Santa Cecília do Pavão - PR
Para: Secretaria Municipal de Saúde

1-IDENTIFICAÇÃO -

***Nome:** Rita Sampaio **Sexo:** F **Data de Nasc.:** 27/08/1970
Documentos: RG nº. 6241818-4- CPF nº 998.934.019-68
Endereço: Rua Abdala Derbli 501 Santa Cecília do Pavão PR.
NIS nº 209194559840

Síntese da situação: Parecer Social Concessão de Exames Especializados para tratamento de saúde.

Situação Familiar: composta de 2 pessoas

Por solicitação o CRAS vem encaminhar a esta Secretaria o Parecer Social, para concessão de **EXAMES ESPECIALIZADOS (PULMÃO)**, conforme receituário médico.

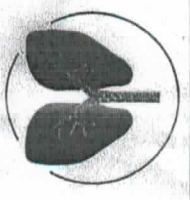
De acordo com a documentação do paciente: **Rita Sampaio**, esta se encontra referenciada no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social deste município)

Por esta solicitação fazer parte de um tratamento de saúde, poderia comprometer o orçamento familiar, sendo exames especializados, privando-a da possibilidade de manter as necessidades básicas. Diante disto, sugerimos **Parecer Social Favorável**, levando em consideração que a família possui renda per capita Familiar de R\$200,00. Tendo em vista toda a situação familiar, encaminhamos à Secretaria Municipal de Saúde o pedido de concessão de **Exames solicitados**, para que seja realizada avaliação e a liberação se justificável o atendimento do mesmo.

Santa Cecília do Pavão, 16 de abril de 2020.


Valdirene Ap. Nicoletti
Assistente Social
CRESS-7597
Valdirene Ap. Nicoletti
Assistente Social
CRESS nº 7597

340,00 5X carta (Para...)
31/10/14 - 50.00 R\$



INSTITUTO DO PULMÃO DO NORTE DO PARANÁ

Rua Antonio Amado Noivo/410 - Vila Juranga - CEP 86010-640 - Londrina/PR
43.3329-4383
www.institutodopulmaonortepr.com.br contato@institutodopulmaonortepr.com.br

Laboratório de Função Pulmonar

Paciente: *Pa R*
Diagnóstico:

Sexo: **MALE**
CID: **AV. BANDEIRANTES, 403**

CBHPM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
4.01.05.07-5	<input type="checkbox"/> Prova de Função Pulmonar - (PFP)	
4.01.05.01-6	<input type="checkbox"/> Pressões Respiratórias Máximas (PRM)	
4.14.01.51-4	<input type="checkbox"/> Oximetria	
4.01.05.04-0	<input checked="" type="checkbox"/> Difusão Monóxido de Carbono	
4.14.01.11-5	<input type="checkbox"/> Teste Caminhada de 6 Minutos	
	<input checked="" type="checkbox"/> Questionário de Qualidade de Vida	
	<input type="checkbox"/> Avaliação Asma/DPOC/SDT	
	<input type="checkbox"/> Reabilitação Asma/DPOC/SDT	
	<input type="checkbox"/> Reabilitação Pré-operatório	
	<input type="checkbox"/> Reabilitação Pós-operatório	
	<input type="checkbox"/> Outros	

JUSTIFICATIVA:

Data: 31/10/14
Carimbo e assinatura do médico solicitante:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Data/hora de geração deste espelho: 23/04/20 10:13:13

Número da Nota

00000002708

Cód. de Verificação

VCRX-SY4J

Data de Emissão

23/04/20 10:12:19

Data de Cancelamento

--

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: CENTRO DE DOENCAS RESPIRATORIAS SS LTDA ME

CNPJ/CPF: 10.278.056/0001-66

Inscrição Municipal (CMC): 1697803

Endereço: AVENIDA BANDEIRANTES, 403

VILA IPIRANGA CEP 86010020

Município: LONDRINA

UF: Paraná

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SANTA CECILIA DO PAVAO

CNPJ/CPF: 10.651.971/0001-55

Endereço: AV. GENERAL OZORIO, S/N

CENTRO CEP

Município: SANTA CECÍLIA DO PAVÃO

UF: Paraná

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Exame Prova de Função Pulmonar, Pressões Respiratórias Máximas, Oximetria, Difusão de Monóxido de Carbono, Teste de Caminhada e Questionário de Qualidade de Vida. paciente Rita Sampaio

Retenção ISS R\$ 0,00

Retenção PIS R\$ 0,00

Retenção COFINS R\$ 0,00

Retenção IR R\$ 0,00

Retenção CSLL R\$ 0,00

Retenção INSS R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 340,00

Código e Descrição do Serviço

4032 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBUL...

Deduções de base de cálculo (R\$)

Base de Cálculo ISS (R\$)

Alíquota (%)

Valor do ISS (R\$)

-

340,00

Inutilizado conf. art. 59 par. 4º

Resolução 140/2018 CGSN

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Valor líquido: R\$ 340,00 Competência: 23/04/2020

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 786, de 04/07/2012. Consulta de autenticidade: <http://iss.londrina.pr.gov.br>

- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a Crédito Fiscal de IPI.

- ISS devido deve ser recolhido pelo Prestador por meio do DAS.

PREF. MUN. STA. CECÍLIA DO PAVÃO -PR

Liquidação de Empenho

Departamento

Nº DA NOTA FISCAL

DATA

Assinatura

Nome do Responsável:

Hand
2708
23/04/20
João Santos