

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Nascimento Magno de Araújo
Nº da Carteira: 7.46.5122
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 09/03/2008

Nº da Guia: 5679

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2021	10:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Dentes Superiores

Descrição

O aluno chocou em parede fixa e o dente caiu.

Testemunha da ocorrência

Thiago Martins

Telefone

(49) 99828-2909

Quem prestou primeiros socorros

Cleiton Belotto

Data

11/11/2021

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Aluno saiu do Colégio com o dente na mão. Procurou atendimento particular de dentista.

Ass.:

Taisa Filgueiro Migliorini

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

recibo

Nº _____

R\$

800,00

Recebi(emos) de Instituição Odontológica Sul Brasileira
de Saúde CNPJ: 15.116.763/0003-31

A importância de (Oitocentos reais) —x—

Proveniente de Tratamento Odontológico

Para maior clareza firmo o presente.

Epelis, 28 de maio de 2022

Assinatura _____

Dra Heloise Pereira Schara

Cirurgiã-Dentista

CRO/SC 4790

Nome

Heloise Pereira Schara

CPF

CPF 907.884.949-53

FORMULÁRIO PARA RPS

Informações Básicas

Nome: **HELOISE HELENA PEREIRA SCHARA**

Estado civil: **CASADA** Data de Nascimento: **15/03/75**

Cidade de Nascimento: **JOINVILLE** Estado: **SC**

CPF: **907.884.949-53** PIS: **128.883.897-21**

RG: **3.082.863** Órgão: **SSP** UF: **SC** Data Emissão: **20/01/20**

Raça/ Cor: **BRANCA** Escolaridade: **SUPERIOR - PÓS**

Endereço: **AV. RIO BRANCO** Nº: **817**

Complemento: **SALA 1105** Bairro: **CENTRO**

Cidade: **FLORIANÓPOLIS** Estado: **SC**

CEP: **88015-203** Fone: **3067-7470**

Inscrição Municipal/Estadual **4790-SC**

Informação Bancária

Banco: Agência: Conta:

☐ Corrente
☐ Poupança

Forma de Pagamento

Data prevista para pagamento: ☐ Líquido

Valor combinado: **800,00** ☒ Bruto

Tipo de serviço prestado: **TRATAMENTO ENDODONTICO DO ELEMENTO AVULSIONADO 21.**

Solicitado por: **DRA. MARIANA BOTELHO**

TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVEM SER PREENCHIDOS ANTES DE SER ENVIADO.

CAMPOS A SER PREENCHIDOS PELA CLÍNICA

Autorizado por: Data:

Observações:

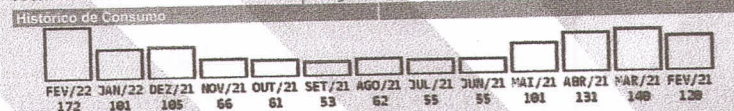
Enviar junto: Cópia do RG do CPF do PIS e do Comprovante de Endereço

Mês/Ano: Fatura: **02/2022** Nº: Unidade Consumidora: **19853896**

Dados do Consumidor
HELOISE HELENA PEREIRA SCHARA
CPF: 90788494953
AV RIO BRANCO, 817 - SL 1105
88015-203-FLORIANOPOLIS-CENTRO-FLORIANOPOLIS-SC
Loc/Etapa/Liv:0101,02,014830 - Medidor: 3937404 - TENSÃO NOMINAL: 220v - v - GRUPO B
Classificação: 03 - COMERCIAL, SERVIÇOS, OUTRAS ATIVIDADES - CONVENCIONAL - MONOFASICO
Cod. Fiscal de Operação: 5.253 Tipo do Disjuntor: 30 AS [1.5.138.8]

Descrição de Consumo
Medidor: 3937404 Consumo Med/Fat: 172/172 Unidade de Medida: kWh
Leit. Atual: 4101 Número de Dias Faturados: 29 Origem da Leitura: LTOA
Leit. Anter: 3929 Consumo Médio Diário (kWh): 5,93 Fator de Potência: 1,00
Fator de Multiplicação: 1,00

Dados Importantes
Leitura Anterior: 04/01/2022 DEZ/21 Mensal Trim Anual Realizado
Leit. Atual: 02/02/2022 DIC 4,59 9,19 18,38 0,00
Emissão/Atualização: 02/02/2022 FIC 3,05 6,10 12,20 0,00
Próx. Leitura: 04/03/2022 DMIC 2,52
Conj.ANEEL: ILHA CENTRO CN (R\$): 25,70



Discriminação do Faturamento

Item	Quantidade	Preço (R\$)	Total (R\$)
CONSUMO	172	0,730469	125,64
ADICIONAL BAND. ESCASSEZ HIDRICA			33,51
Subtotal 1			159,15
COSIP			20,28
Subtotal 2			20,28

Composição do Preço (Art. 31 Resolução 166/2005)

Item	Preço (R\$)	Tributos (R\$)	Total (R\$)
ENERGIA	75,35	DISTRIBUICAO	18,48
TRANSMISSAO	6,51	TRIBUTOS	43,19
ENC. SETORIAIS	15,62	SOMA DEMONSTRATIVO	159,15

Tributos (incluídos) no Total a Pagar

Item	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	159,15	25	39,77
PIS/PASEP	119,36	0,61	0,61
COFINS	119,36	2,36	2,81

Manutenção
Períodos Band.Tarif.: Escas.Hidr:05/01-02/02

Handwritten signature

IMPORTANTE: REAVISO DE DÉBITO

PAGAMENTO EM ATRASO
Multa de 2% + Correção Monetária pelo IPCA
(pro rata die) + Juros de Mora 1% ao mês
(pro rata die) a serem cobrados em fatura posterior.
Período Fiscal: 01/02/2022

7065.55E7.D0D6.3A49.FD68.21D8.2FC0.30C5

AS [1.5.138.8]

