



Prefeitura Municipal de Santo Ângelo - RS

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Número da Nota:

1428

Série: 1

JKMU-B1PF-400I



Data e Hora de Emissão: 14/03/2023 às 16:46:56

Competência: 3/2023

Data da Prestação: 14/03/2023

Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Município de Prestação: SANTO ANGELO - RS

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Nome/Razão Social: CLINICA DE RADIOLOGIA MISSOES LTDA S/S ME

E-Mail:

Nome Fantasia: ROM - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA MISSOES

Telefone:

CPF/CNPJ: 04.315.726/0001-74

Inscrição Municipal: 029461

Bairro:

Endereço: R 07 DE SETEMBRO, 620

Complemento:

Município: SANTO ANGELO - RS

CEP: 98801680

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Telefone: 4132177722

Nome Fantasia: CLINICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

E-Mail: gerencia@clinicaadventista.org.br

CPF/CNPJ: 15.116.763/0003-31

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Endereço: R MATIAS JOSE BINS, 581

Bairro: TRES FIGUEIRAS

Complemento:

Município: PORTO ALEGRE - RS

CEP: 90010170

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Alíquota	Exigibilidade	Valor ISS	Valor Tributado
04.02 - RADIOGRAFIA	2%	EXIGÍVEL	R\$ 2,40	R\$ 120,00
			R\$ 2,40	R\$ 120,00

Descrição dos serviços conforme Lei Complementar 116/03:

04.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES

PIS:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 120,00

VALOR LÍQUIDO = R\$ 120,00

Desconto Condicionado:	Desconto Incondicionado:	Valor Total das Deduções:	Base de Cálculo:	Valor Retido na Fonte:	Valor do ISS:
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 120,00	R\$ 0,00	R\$ 2,40

RPS: 0 / NFS-e (14/03/2023)

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica:

R\$ 120,00

Outras Retenções:

Outras Informações:

Local de Prestação: 4317509 - SANTO ANGELO - RS

ISSQN Retido: NÃO

Regime de Tributação: OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

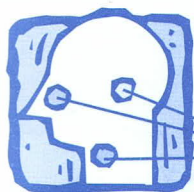
Para consultar a autenticidade da nota fiscal, acesse: <https://iss.abase.com.br>



Faça seu cadastro concorra a prêmios:

<https://nfg.sefaz.rs.gov.br>

<https://cidadeapremiado.abase.com.br>



ROM

Radiologia Odontológica Missões

Rua 7 de Setembro, 620 - 2º Andar - CEP 98801-680 - Santo Ângelo - RS

Fone (55) 3313-8223

Dra. Rosângela Gueller

CRO 7963

Paciente: J. Benedito Berwanger Data Nasc.: / /

End.: Fones:

Dr.(a): CRO:

End.: Fone:

Modo de Entrega: ☐ Paciente ☐ Consultório ☐ Sedex ☐ Rodoviária

Enviar Imagem por: ☐ CD ☐ Disquete ☐ Internet:

1. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO (CONE BEAM)

Região a ser estudada:

☐ Maxila Completa

☐ Mandíbula Completa

Região (Dentes)

D 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 E
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

☐ Dental Slice

Finalidade do Exame:

☐ Implante (*):

☐ Com medida

☐ Sem Medida

☐ Estudo da ATM:

☐ Boca Aberta

☐ Boca Fechada

☐ Avaliação dos seios:

☐ Maxilares

☐ Paranasais

Pesquisa:

☐ Fratura em elemento dental (*)

☐ Fratura no complexo maxilo-mandibular (*)

☐ Lesão (*)

☐ Localização de incluso (*)

(*) Assinalar a região de interesse no odontograma acima

Outra finalidade:

2. RADIOGRAFIAS EXTRABUCAIS:

☒ Radiografia Panorâmica

☐ Topo

☒ Oclusão

☐ Panorâmica Infantil

60% menos radiação, limite de idade: 8 anos

☐ Topo

☐ Oclusão

☐ Panorâmica p/ Implante

Ampliação sugerida constante (25%)

☐ Com traçado

☐ Sem traçado

☐ Telerradiografia

☐ Lateral

☐ Frontal PA

☐ Índice Carpal (Mão e Punho)

☐ ATM'S - Em vista lateral, com boca fechada e boca aberta

3. RADIOGRAFIAS INTRABUCAIS:

☒ Radiografia Periapical

D 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 E
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

V IV III II I | I II III IV V
V IV III II I | I II III IV V

☐ Radiografia Inteproximal

☐ Radiografia Oclusal

- ☐ Maxilar ☐ Total ☐ Dir. ☐ Esq.
☐ Mandibular ☐ Parcial ☐ Dir. ☐ Esq.
☐ Exame Periapical Completo

- ☐ Pré-Molares
☐ Dir. ☐ Esq.
☐ Molares
☐ Dir. ☐ Esq.

Técnica de Localização de dente incluso ou corpo estranho (Clark) _____

4. DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA

- ☐ Documentação Ortodôntica Básica: Panorâmica, Telerradiografia perfil, Análise cefalométrica, 03 fotos extrabucais (Frente, frente sorrindo e perfil), 03 fotos intrabucais (Frente, lateral direito e esquerdo), modelos de estudo. (Escaneamento intraoral)

5. ANÁLISE CEFALOMÉTRICA COMPUTADORIZADA

- ☐ Steiner / Tweed (padrão USP) ☐ Steiner ☐ Ricketts Frontal
☐ McNamara ☐ Padrão UNICAMP ☐ Previsão de Cresc.
☐ Ricketts Lateral ☐ Valieri ☐ Tweed
☐ Lavergne-Petrovic ☐ Roth-Jarabak ☐ Outros

6. FOTOGRAFIAS / MODELOS

Fotos Extrabucais

- ☐ Frente
☐ Perfil Direito
☐ Frente Sorrindo
☐ Perfil Esquerdo

Fotos Intrabucais

- ☐ Frente em oclusão
☐ Lado direito/esquerdo em oclusão
☐ Oclusais Superior e Inferior
☐ Outras: _____

- ☐ Modelos de Estudo
☐ Modelos de Trabalho
☐ Análise de Modelo
☐ Xerox dos Modelos

Obs: Os valores dos exames informados pelo telefone serão confirmados com a requisição.

CONVÊNIO: Cabergs, Bradesco Dental.

Aceitamos cartões Visa, Banrisul (Banri), Master, Verde Card.

