

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Celine Ross Maffezzolli
Nº da Carteirinha: 6.60.1489
Instituição: Escola Adventista de Blumenau

Data de Nascimento: 06/01/2012

Nº da Guia: 3270.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/02/2021	16:30:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto, Dentes Superiores

Descrição
A aluna tropeçou em outra colega e caiu, batendo a boca no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diego Ramos	(47) 99915-3117

Quem prestou primeiros socorros	Data
Diego Ramos e Sibéria Veber	30/03/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno
Aluna está sendo encaminhada para outra clinica odontológica para dar continuidade ao tratamento. Procedimento de restauração.

Ass.:

Lucas Schwants

Lucas Schwants

76 726 884/0133-787
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA SÃO PAULO, 2325
ITOUPAVA SECA - CEP 89030-001
BLUMENAU - SC

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, 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: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



MUNICÍPIO DE BLUMENAU
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
DIRETORIA DE RECEITA
GERENCIA DE TRIBUTOS MOBILIÁRIOS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal
11570

Série: **E**

Data Emissão: **16/04/2021**

Certificação:
C099B04A7

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIEPO LTDA**
Nome Fantasia: **CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIEPO LTDA**
CNPJ/CPF: **03.732.972/0001-69** Insc. Municipal: **66467**
Endereço: **INGO HERING**
Bairro: **CENTRO**
Município: **BLUMENAU**
E-mail: **clinicatiepo@gmail.com**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **20**
Compl.: **SALA 205**
UF: **SC** CEP: **89010-205**
Telefone: **4732221414**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
CNPJ/CPF: **15.116.763/0004-12** Insc. Municipal:
Endereço: **ALAMEDA JULIA DA COSTA**
Bairro: **BIGORRILHO**
Município: **CURITIBA**
E-mail:
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **1447**
Compl.:
UF: **PR** CEP: **80730-070**
Telefone:
Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO DE DENTISTICA RESTAURADORA DO DENTE 21 , DA PACIENTE CELINE ROSS MAFFEZZOLLI

VALOR BRUTO DA NOTA

R\$ 380,00

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 380,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 7,60
PIS: 0,650% R\$ 2,47	COFINS: 3,000% R\$ 11,40	INSS: 0,000% R\$ 0,00	IR: 0,000% R\$ 0,00	CSLL: 1,000% R\$ 3,80	Outras Retenções: R\$ 0,00

Valor Aproximado dos tributos R\$ 59,014 (IBPT)

VALOR LÍQUIDO DA NOTA

R\$ 362,33

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

Atividade: 4.12 - Odontologia.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **04/2021** Local do Recolhimento: **BLUMENAU/SC** Data Geração: **16/04/2021 15:57:00**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Tributação por Faturamento (Variável)**
CNAE: **8630504**

Observações:

Impresso em: 16/04/2021 às 15:57:08

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: **CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIEPO LTDA**
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 11570

Certificação
C099B04A7



Dra. Angela Graf Tiepo
03 732 972/0001-69
CRO/SC 3057
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
TIEPO LTDA - EPP
RUA INGO HERING, 20 - SALA 205
CENTRO - CEP 89010-205
BLUMENAU - SC

Relatório paciente Leeline Ross Maffezzelli

Realizado procedimento restaurador de dente 21 que sofreu fratura de todo o ângulo MPVI. O tratamento corresponde ao número 85100226 (Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces).

Valor do procedimento: R\$ 380,00 (Trezentos e oitenta reais)

Eu, Angela Graf Tiepo, declaro ter realizado o procedimento no dia 15/04/21.

Angela Graf Tiepo

Cirurgiã Dentista
CRO/SC 3057
CPF 936 272 209-78

15/04/21

Cond. Neumarkt Trade and Financial Center
Rua Ingo Hering, 20 - Sala 205
Blumenau - SC - 89010-909
Fone: (47) 3222-1414