

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

AMOR SAUDE CLINICA ODONTOLOGICA VIAMAO LTDA Av BENTO GONCALVES, 1562 CEP: 94415-700 - Bairro: CENTRO Município: Viamão - RS E-mail: nfviamaoagrupotodos@gmail.com Fone: (51) 3492-2070 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 34.263.515/0001-04 **** 275489		Número da NFS-e 202200000009541	Data do Serviço 04/07/2022	Código Verificador 89defc6d4
--	---	---	--------------------------------------	--

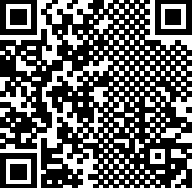
 MUNICÍPIO DE VIAMÃO - PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO/RS Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (51) 3492-7600 - viamao-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal	Dt. de Emissão 04/07/2022	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Viamão/RS
--	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				Viamão/RS			
Endereço MATIAS JOSE BINS,581							
Cidade Porto Alegre	UF RS	Fone (51) 3382-1200	CEP 91330-290				
Bairro TRES FIGUEIRAS							
CNPJ / CPF 15.116.763/0003-31		Inscrição Municipal	Inscrição Estadual				
E-mail assistenciamedica@clinicaadventista.org.br							

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****	Inscrição Municipal *****
E-mail		Fone	Cidade *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA PACIENTE HELENA ELY SYMCHA - CPF: 03758955076 (RESPONSÁVEL: ROSANGELA ELY - CPF: 97985171053)	270,00	0,00	0,00	Não

Código do Serviço 04.12 - Odontologia.		Código NBS *****					
CIDE 0,00	COFINS 0,00	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 0,00	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Prórrio 270,00	Valor do ISSQN Prórrio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 0,00	Valor Dedução/Descontos 0,00		
Valor Total da NFS-e 270,00		Valor Líquido da NFS-e 270,00					

Informações Adicionais NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Lei 12741/2012: Mun: R\$5,54; Est: R\$0,00; Fed: R\$36,32; Total Aprox: R\$41,86. Fonte: IBPT.	
--	---

Consulta realizada em 04/07/2022 às 16:16:54.

Para consultar a autenticidade acesse: viamao-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal



20220000000954189defc6d434263515000104

Recebi(emos) de CLINICA ODONTOLOGICA VIAMAO LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. _____/_____/_____ Data	Identificação e assinatura do recebedor	202200000009541 Número da NFS-e Competência 04/07/2022 NFS-e 89defc6d4	Número de Controle do Município
--	---	---	---------------------------------

Consulta realizada em 04/07/2022 às 16:16:54.

Para consultar a autenticidade acesse: viamao-portais.govcloud.com.br/NFSe.Portal

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

ROSANGELA ELY

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

TELEFONE (DDD+Nº)

51 99612 0964

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR

E-MAIL (OBRIGATÓRIO, PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)

ROSANGELAELY35@GMAIL.COM

ENDEREÇO

ESTRADA RINVAO DO MALACARA

Nº

185

BAIRRO

TARUMÃ

CEP

94425600

CIDADE

VIAMÃO

UF

RS

NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO)

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

CÓDIGO DO PLANO

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL

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

LEGENDAS E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

A	Ausente	C	Cariado
E	Extração indicada	R	Restaurado
H	Higido	N	Não erupção

DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTES OU REGIÃO	FACES	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALOR COBRADO EM R\$	VALOR DE REEMBOLSO EM R\$
01	Consulta de Emergência				60,00	
02						
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

IVAN CESAR BARBOSA

CRO

127679-SP

CPF

TELEFONE (DDD+Nº)

51 995563320

ENDEREÇO

R: BENYGO GONÇALVES

Nº

1562

BAIRRO

TARUMÃ

CEP

94410300

CIDADE

VIAMÃO

E-MAIL

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME DO BANCO

BANCO DO BRASIL

Agência

2794-4

Conta Corrente

26768-6

OPERAÇÃO (CEF)

CPF TITULAR CONTA CORRENTE

979 851 710 53

OBSERVAÇÕES GERAIS

1. O preenchimento desta Análise de Reembolso não garante que o mesmo será autorizado;
2. O formulário deve ser acompanhado do orçamento assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do **BENEFICIÁRIO**, datado do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do **BENEFICIÁRIO**, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
3. Somente serão analisadas as solicitações de reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA** da rede assistencial deste plano, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar;
4. Em caso de urgência e emergência deve ser apresentada justificativa emitida pelo profissional que realizou o atendimento;
5. Ressaltamos que toda documentação acima é obrigatória para análise do Reembolso e deve ser enviada completa;
6. Somente poderão ser reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, nos limites das obrigações contratuais;
7. O prazo para Análise de Reembolso é de até 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação obrigatória completa;
8. Em caso de falta de documentação, o processo será devolvido/retornado em até 5 dias úteis, ao qual será aplicado novo prazo para retorno ;
9. O titular do plano tem ciência e concorda com o reembolso com base nos valores da "Tabela de Referência", que é utilizada pela Operadora no pagamento aos seus prestadores, razão pela qual, com a efetivação do depósito/pagamento, dá plena, geral e irrevogável quitação, dando-se por satisfeito, nada mais tendo a reclamar ou exigir, a qualquer título, quanto ao presente reembolso;
10. Em caso de solicitação devolvida, por pendência, será necessário um novo formulário com data atualizada e a informação do protocolo da primeira solicitação no campo observações, junto com a documentação completa;
11. O prazo para solicitação de reembolso é de 01 (um) ano, a contar da data exposta no documento fiscal (recibo ou Nota Fiscal);
12. Se autorizado o reembolso será necessário o envio da nota fiscal e/ou recibo conforme orientações do item 2;
13. A documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotos, sendo elas iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que legíveis e tecnicamente aptas para análise.

☒ Li/Concordo

Assinatura do Titular ou Responsável

Assinatura Cirurgião Dentista (Sob carimbo)

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DENTAL UNI

DATA DE RECEBIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--

Apresentou documento devidamente preenchido? ☐ SIM ☐ NÃO

Possui abrangência para o atendimento em questão? ☐ SIM ☐ NÃO

Visto Responsável do Setor de Reembolso

Autorização Diretoria Clínica

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena Ely Symcha
Nº da Carteirinha: 8.75.7790
Instituição: Colégio Adventista de Viamão

Data de Nascimento: 07/10/2011

Nº da Guia: 6619



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2022	13:20:00	Escada	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Dentes Superiores

Descrição
A aluna tropeçou (subindo as escadas) e bateu a boca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(00) 00000-0000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jerônimo Coordenador.	15/06/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS AMA - LIGAR PARA (41) 3240-2918 ou (41) 99595-0157	..	0	0	(41) 3042-2918 (41) 99895-0157

Observações
A mãe decidiu não usar o convênio.

Ass.: _____

Lairton Carpes - Teste

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
Telefone: (51) 3382-1200
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br