



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota
23
Data e Hora de Emissão
19/09/2019 13:58:33
Código de Verificação
ZY06240U

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA DE CURITIBA LTDA
CPF / CNPJ: 18.905.726/0001-39 **Inscrição Municipal:** 04 12 0789293-6
Endereço: R.BENJAMIN CONSTANT, 000067 CJ 304 - BAIRRO: CENTRO **Tel.:** 41 - 84153552
Município: CURITIBA **UF:** PR **Email:** dr.rafaelcruz@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SULBRASILEIRA DE SAUDE
CPF / CNPJ: 15.116.763/0004-12 **IMU:** 0655696-3 **Outro Doc.:**
Endereço: AL.JÚLIA DA COSTA, 001447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
Município: Curitiba **UF:** PR **Email:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Tratamento Odontologico de Vinicius Gozolli Ferreira do dia 19/09/2019

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 545,70

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$545,70

Código da Atividade

04 - 12 - Odontologia.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	545,70	2,01	10,96	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Não gera direito a crédito fiscal de IPI.

Odontologia Curitiba

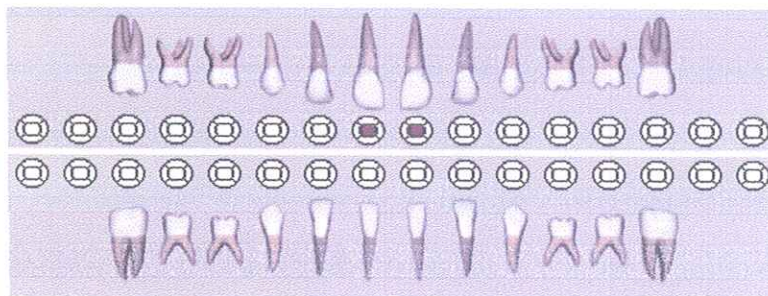
Previsão de honorários

Emitido por: Dr. Rafael

Data: 19/09/2019 Hora: 09:31

Pág.: 1

Nº tratamento: 006228	Data de início: 19/09/2019	Nome do paciente: 002165 - Vinicius Gozoli Ferreira	Nome do cirurgião: Dr. Rafael Cruz
---------------------------------	--------------------------------------	---	--



Código	Região	Descrição	Paciente (R\$)	Convênio (R\$)
	Todos	Consulta para emergência	128,40	0,00
	11/I	Restauração Resina - classe IV	208,65	0,00
	21/I	Restauração Resina - classe IV	208,65	0,00

Tabela de honorários	Validade	Valor convênio	Valor particular	Valor combinado	Total já pago	Total a pagar
Particular	04/10/2019	0,00	545,70	545,70	0,00	545,70

Parcelamento					
Nº	Vencimento	Valor (R\$)	Nº	Vencimento	Valor (R\$)
01	19/09/2019	545,70			

Copyright 1994-2015 Easy Software S/A

Vinicius Gozoli Ferreira

Vinicius Gozoli Ferreira
CPF

028.381.879-45

EG 7-348.837-0/PC

Dr. Rafael Cruz

Dr. Rafael Cruz
CPF 042.203.059-71
CRO 18312

Dr. Rafael Cruz
Cirurgião Dentista
CRO 18312



Sistema Secretaria Escolar

Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2019**

Data Matrícula: **24/10/2018**

Nome: **Vinicius Gazolli Ferreira (6432)** Curso: **4º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **3**
Sexo: **M** Data Nascimento: **29/03/2010** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Curitiba** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Valentin Gulin, 73** Complemento: **Sob 06**
Bairro: **Atuba** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82630-310**
Cert. Nascimento: **08317001552010100368031007035205**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo: **083170 01 55 2010 1 00368 031 0070352 05**
Cert. Nascimento Cartório: **Serviço Distrital do Portão**
Cert. Nascimento Cidade: **Curitiba** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **13.227.657-9** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data: **03/02/2011** CPF: **092678319-09** INEP **127519253910**
E-Mail: **vivianefpavao@gmail.com** Cor/ Raça: Religião: **Católica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **11970853221** | Celular: **11992253887** | Comercial: **41 33146419** | Comercial: **4132616617** | Celular: **41991176865** |
Carteirinha Bloqueada? **Sim** Se Carteirinha Bloqueada, com quem o aluno pode sair: **Viviane, Carlos, Maria Ap, Adair.**
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **023573639-24** Nome: **Hevandro Gazolli Ferreira** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/08/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6294698-9** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **14/12/2011**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida dos Remédios, 376**
Complemento: **Ap 74B** Bairro: **Jardim Belaura** Cidade: **São Paulo** UF: **SP** CEP: **05107-000**
Cx. Postal: E-Mail: **hevandro.ferreira@jbs.com.br** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **11 31445332** | Celular: **11970853221** |

Dados da Mãe

CPF: **028381879-45** Nome: **Viviane de Fatima Pavão Guerega** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/12/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.348.837-0** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **19/11/2014**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Valentin Gulin, 73**
Complemento: **Sob 06** Bairro: **Atuba** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82630-310**
Cx. Postal: E-Mail: **vivianefpavao@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **41 32132753** | Celular: **41999253887** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **028381879-45** Nome: **Viviane de Fatima Pavão Guerega** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **15/12/1979** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.348.837-0** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **19/11/2014**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Valentin Gulin, 73**
Complemento: **Sob 06** Bairro: **Atuba** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82630-310**
Cx. Postal: E-Mail: **vivianefpavao@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **41 32132753** | Celular: **41999253887** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **023573639-24** Nome: **Hevandro Gazolli Ferreira** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **20/08/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6294698-9** O. Exp: **SESP** UF: **PR** Data Emissão: **14/12/2011**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida dos Remédios, 376**
Complemento: **Ap 74B** Bairro: **Jardim Belaura** Cidade: **São Paulo** UF: **SP** CEP: **05107-000**
Cx. Postal: E-Mail: **hevandro.ferreira@jbs.com.br** Religião: **Católica**
Telefones: Comercial: **11 31445332** | Celular: **11970853221** |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Neide Laura Fuckner Kupas
Orientadora - Ato nº 03/2019

Rosemeri Alves da Paixão
Secretário(a) - Ato nº 06/2019

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinicius Gazolli Ferreira
Nº da Carteirinha: 2.11.6432
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 29/03/2010

Nº da Guia: 1375



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2019	13:42:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto, Dentes Superiores

Descrição
Caiu na entrada quando estava pulando corda. Caiu e bateu a boca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(41) 3225-1920
Monitor	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	18/09/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Centro Odontologia Curitiba	Rua Benjamin Constant	67	Centro	(41) 4101-3337

Observações
Aluno foi atendido e ligamos para a mãe. Ligamos para os dentistas conveniados, dois deles não estavam atendendo e o outro estava com a agenda lotada. Vamos aguardar até às 15h, para ver se conseguimos um encaixe, senão a família levará para o dentista da família.

Ass.: _____

Deizi Silva

Deizi Silva

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