

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nº da Nota - Série

0000000063 - 1

Autenticidade
VTZO-OUIV**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data de Emissão: 07/01/2020 09:35:48

Competência (Serv.): 12/2019

Prestação de Serviço: 19/12/2019

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: ODONTOLOGIA PONCETTI LTDA

Nome Fantasia: ODONTOLOGIA PONCETTI

CPF/CNPJ.....: 33.122.635/0001-10

CCM: 20649

IE:

Fone: 443820 3323

Endereço.....: FLORIANOPOLIS, 1809 - cep: 87200310

Município.....: Cianorte

UF: PR

Email.....: ODONTOLOGIAPONCETTI@GMAIL.COM

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 15.116.763/0004-12

CCM:

IE: 04016556963

Fone: (41) 3240-2925

Endereço.....: RUA ALAMEDA JÚLIA DA COSTA, 1447 - cep: 80730070

Município.....: CURITIBA

UF: PR

Email.....: sst@clinicaadventista.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

referente ao tratamento odontológico do menor Pedro Henrique de Souza Costa

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 189.75.181.7

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através
do site: www.cianorte.pr.gov.br

Valor aprox. dos tributos.

Municipais : R\$ 0,00

Federais : R\$ 0,00

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

em substituição nota nº 61

Código do Serviço
412 - ODONTOLOGIA

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo					
Dedução de Materiais	Subempreitada (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
0,00	0,00	160,00	2,0100%	3,22	160,00

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 160,00



Dra. CILMARA ROZANE L. PONCETTI

CRO.: 20.294

Rua Florianópolis, 1809 – Zona 2 – CEP: 87200-310
Fone: (44) 3820-3303 / (44) 99143-4220

Cianorte-PR, 20 de dezembro de 2019.

No dia 13 de dezembro de 2019, atendi o menor Pedro Henrique de Souza Costa que, durante a anamnese e exame clínico, constatei fratura de esmalte e dentina do elemento dental 21 (incisivo central superior esquerdo), devido a uma queda que sofreu na escola. O mesmo apresentava mobilidade importante e dor, o que me impediu de realizar a restauração e exigiu a necessidade de encaminhar para a realização de um RX periapical.

Devido à mobilidade e a lesão, que apresentava no lábio inferior, mediquei com anti-inflamatório e remarcamos para restaurar.

No dia 19 de dezembro de 2019, o menor retornou com o RX onde verifiquei a presença de espessamento periodontal, que caracteriza luxação dos 2 elementos dentais centrais, 21/11 e um pequeno sinal de lesão no fim da raiz do elemento 21, o que sugere que a polpa dental pode ter sido afetada pelo trauma, destacando também que as raízes ainda não tiveram sua formação completa, (os ápices radiculares ainda não fecharam).

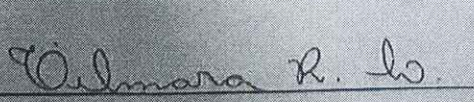
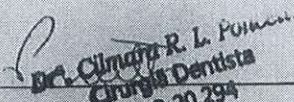
De acordo com a imagem se faz necessário um acompanhamento radiográfico, a cada 3 meses, para avaliar o comportamento da polpa dental, pois existe o risco de precisar de tratamento endodôntico (canal) pelo fato da fratura ter ficado bem próximo à câmara pulpar, e as raízes não completarem sua formação.

Fiz uma proteção da área fraturada com resina composta, para posteriormente, quando a mobilidade diminuir mais, terminar o procedimento restaurador.

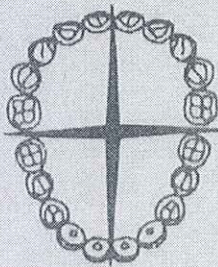
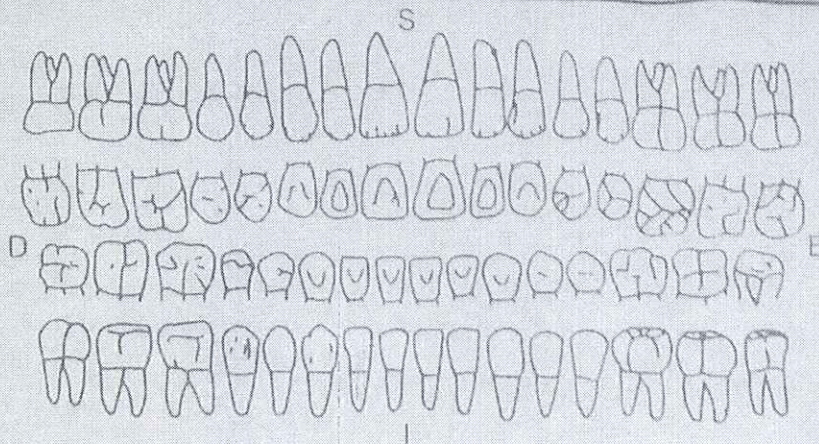
Coloco-me a disposição para esclarecer dúvidas que possam surgir.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente;

CILMARA ROZANE LOPES PONCETTI
CRO 20.294

**RADIOGRAFIAS**87654321|12345678
87654321|12345678**ORÇAMENTO**

(Válido por _____ dias)

Dias de tratamento: 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª ☐ Sab. ☐

Horário _____

Ilmo(a) Sr. (a) Pedro Henrique de Souza Costa.

Endereço _____

SERVIÇO A EXECUTARIMPORTANCIA
R\$Consulta
Restauração

140 00

160 00

QUEIRA APRESENTAR ESTE ORÇAMENTO
NA PRÓXIMA CONSULTA

TOTAL R\$

IMPORTANTE:

Os tratamentos serão iniciados mediante o pagamento de 50% (ou o que for combinado) e, concluídos quando totalmente pagos.

Data 13/12/19Cilmara
Cirurgiã Dentista**PLANO DE PAGAMENTOS**Dr. Cilmara R. L. Poncetti
Cirurgiã Dentista
CRO 20.294

Autorização do Paciente pelos trabalhos a serem executados

GRÁFICA DALLAS (43) 3321-7660 - CxP. 0-9501

Não vale como recibo

Sacredí

ag: 0718

Conta corrente

31412-0

Silmaria de S.
Costa

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique de Souza Costa
Nº da Carteira: 4.17.1681
Instituição: Escola Adventista de Cianorte



Data de Nascimento: 09/09/2012

Nº da Guia: 1903

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/12/2019	13:10:00	Pátio	Recém chegado para início as aulas

O que aconteceu

Escorregou

Partes do corpo

Dentes Superiores

Descrição

O aluno chegou para as aulas e estava aguardando o sinal para formar a fila, o mesmo estava correndo no pátio da escola quando escorregou na água que tinha no chão do pátio devido a forte chuva que estava acontecendo no dia.

Testemunha da ocorrência

Jane Jesus Araujo

Telefone

(44) 3018-8066

Quem prestou primeiros socorros

Jane

Data

12/12/2019

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Foi encaminhado para o consultório odontológico.

Ass.:

Claudia Rodrigues De Souza

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br