



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **2.681**
Código verificação **DFB-029-9B3**
Emitido em **15/05/2020 09:21:42**

**Prestador de Serviços**

CNPJ: **05.344.358/0001-55** Inscrição Municipal: 95839
Razão Social: **W R SERVICOS MEDICO-ODONTOLOGICOS LTDA**
Endereço: AVENIDA RIO BRANCO, 917, DT 3 4, Zona 05
Município: MARINGÁ - PR
Email: contato@dayclinicmaringa.com.br

CEP: 87.015-380
Fone: (44) 3031-5598

**Tomador de Serviços**

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1.447, Bigorilho
Município: CURITIBA - PR
Email: teszona7.anp@adventistas.org.br

CEP: 80.730-070
Fone:

Discriminação dos Serviços

TRATAMENTO ODONTOLOGICO REALIZADO NA PACIENTE HELOISA BRITTA, REFERENTE O DENTE ESTAVA MOLE E COM DOR

Valor Total da NFS-e **R\$ 420,00**

Item da Lista de Serviços

04.12 - Odontologia.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	420,00	*	*
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	420,00	05/2020	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Sim	Simplex Nac.(ME EPP)	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

* Alíquota e valor do ISS definido no encerramento do PGDAS de acordo com as regras da Legislação Federal do Simples Nacional.

Consulte a autenticidade deste documento em <https://isse.maringa.pr.gov.br>

[illegible]



Dr^a. Renata P. de Souza Carreira - **CRO 7135**

ODONTO-PEDIATRIA

Data: 26/11/19

Paciente: Helena Brito Idade: 08 Sexo: F
CPF: _____ RG: _____ Data de Nasc.: 01/05/11
Responsável: Bruna Oliveira Brito (Mãe) Data do Exame: _____
Endereço: Rua Bogota, 270 F. Cep: 87040120
Bairro: Moranguê Cidade: Maringá
Telefone: _____ Celular: 9993219380
Indicado por: Oxala Adventista E-mail: _____

Autorizo a realização dos procedimentos necessários, bem como a mudança do plano de tratamento se necessário.

Apresentada D. do S. Brito
Assinatura

A) Natureza do Parto: Normal () Cesárea () Prematuro ()

Dificuldade Neonatal: _____

Amamentação: Natural () _____ meses Artificial () _____ meses Tipo _____

B) Saúde Geral _____

C) Doenças da Infância: _____

D) Reação alérgica? () Penicilina () Sulfa () Outras _____

E) Escovação ou higienização: () Sim () Não _____

F) Alimentação: Comida caseira () Outros () _____

G) Avaliação da boca: Lábios _____ Bochecha _____ Língua _____

Palato _____ Assoalho _____ Gengiva _____ Alterações _____

H) Avaliação do risco de cárie: _____

I) Dor ou sangramento? _____

J) Queixa principal: _____

Cônsulta

--	--	--	--

1º Exame

--	--	--	--

2º Exame

--	--	--	--

Obs.: _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heloisa Britta

Nº da Carteira: 4.36.1921

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 01/05/2011

Nº da Guia: 1871



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2019	11:30:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna estava virando estrela quando escorregou a mão e bateu com a boca no chão, afrouxando os dentes superiores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Paula Vargas Sanábria de Almeida	(44) 3112-3637
Gisele Cristiane Specian	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monica Tarraca	04/12/2019

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Aluna encaminhada para Clínica Odontológica parceira Day Clinic

Ass.: _____

Gisele Silva Dos Santos Ferreira

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