

 ROI - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA INDAIAL LTDA CNPJ: 20.532.273/0001-94 RUA DR. BLUMENAU, 415 - sala 04 CEP: 89086-005 - Bairro: DO SOL Município: INDAIAL - SC Insc. Municipal: 38109	Número da NFS-e 13602	
	Situação Emitido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e		
 ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO DE INDAIAL SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS	Autenticidade 0181470549718077	
	Data Emissão 22/11/2022	Hora Emissão 15:35:59

TOMADOR DO SERVIÇO		
Nome	CPF/CNPJ	
JONIS ALVES DE LIMA	036.601.719-56	
Endereço	Número	Complemento
BECO PAULA CIPRIANO		
Bairro	CEP	Cidade - Estado
ESTRADA DAS AREIAS	89087-656	INDAIAL - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS						
Serviço	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vir. Trib.	Dedução	Vir. ISSRF
402	8147	3.0000 %	TI	225,00	0,00	0,00
Descrição do Serviço: tomografia						
Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total	Valor Líquido	
225,00	6,75	0,00	0,00	225,00	225,00	
IR	INSS	CSLL	COFINS	PIS	Retenção para a Previdência Social	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 116/03 402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.
Legenda do local da prestação do serviço 8147 - INDAIAL - SC
Outras Informações TI - Tributada Integralmente. (402) Serviço Tributado no município do prestador. Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 182/2014 de 16/07/2014. A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 15/12/2022. A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net . Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 30,26 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 4,75 (2.1100%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.



SOLICITAÇÃO PARA ANÁLISE DE REEMBOLSO

Nº DE PROTOCOLO

DATA 30448420

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

TELEFONE (DDD-Nº)

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

TELEFONE (DDD-Nº)

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR

E-MAIL (OBRIGATÓRIO PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)

ENDEREÇO

CEP

BARRIO

CIDADE

UF

NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO)

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

CÓDIGO DO PLANO

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL

PERMANENTES

DECÍDUOS

DECÍDUOS

PERMANENTES

LEGENDAS E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

A

E

H

C

R

N

DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTES OU REGIÃO	FACES	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALOR CORRADO R\$ R\$	VALOR DE REEMBOLSO R\$ R\$
01	Restauração com ceras de acetato em RC	21	VIP		400,00	
02						
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

Dente permanente, fraturado em trauma de própria altura

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

Bianca Regina Cristofolini

CID

12176

CPF

06164661960

TELEFONE (DDD-Nº)

47 997149004

ENDEREÇO

AV. PIONEIROS

CEP

330

BARRIO

CENTRO

CEP

89080012

CIDADE

INDAIAL

E-MAIL

DRABIANCACRISTOFOLINI@HOTMAIL.COM

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME DO BANCO

NU PAGAMENTOS SA

Agência

0001

Conta Corrente

208324912

C/C (CEP)

CPF TITULAR - CONTA CORRENTE

06720124994