

	MUNICÍPIO DE IVATUBA		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	E TRIBUTAÇÃO		Número: 3		
	MARECHAL FLORIANO, 797 - 87130000 - CENTRO - Ivatuba - PR		Emissão: 11/04/2022		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade: 071670875	

SITE AUTENTICIDADE: <https://ivatuba.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal:	00740299	CNPJ/CPF:	45.281.376/0001-50	Regime Fiscal:	Simplex Nacional
	Nome/Razão Social:	ELDA CARDOSO ODONTOLOGIA LTDA				
	Nome Fantasia:	ELDA CARDOSO ODONTOLOGIA				
	Endereço:	Rua RUA GLEBA PAICANDU, LOTE 80 - ZONA RURAL				
	Município/UF:	Ivatuba-PR	CEP:	87.130-000		
Fone/Fax:	E-Mail: smayli@hotmail.com					

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	CNPJ/CPF:	15.116.763/0004-12	Insc. Estadual:
Nome/Razão Social:	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		
Endereço:	Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho		
Município/UF:	Curitiba-PR	CEP:	80.730-070
Fone/Fax:	(41) 3240-2935	E-Mail:	

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:	CNAE:		
412 Odontologia.	8630504		
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
4/2022	Ivatuba-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

ATENDIMENTO DE EMERGENCIA - PACIENTE: SAMUEL ROSA GUEDES
--

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	SEERVIÇOS ODONTOLOGICOS	1,00	200,00000	0,00	200,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	4,02000	Não
PIS	0,17000	0,33000	Não
COFINS	0,77000	1,54000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,48000	Não
CSLL	0,21000	0,42000	Não
CPP	2,60000	5,21000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
200,00	0,00	0,00	200,00	200,00

NFS-E Nº 3	Recebemos de ELDA CARDOSO ODONTOLOGIA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
---------------	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Samuel Rosa Guedes
Nº da Carteirinha: 11.1.8764
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 20/09/2012

Nº da Guia: 5602

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/04/2022	15:42:00	Escolar	Aula

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Rosto, Dentes Superiores

Descrição

Aluno estava indo beber água quando levou uma garrafada na boca pelo colega. Local com presença de sangue e observado pequeno corte na gengiva.

Testemunha da ocorrência

Arielly

Telefone

(41) 99284-0696

Quem prestou primeiros socorros

Arielly

Data

04/04/2022

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

Aluno encaminhado para a dentista Elda Cardoso para avaliação onde teve a necessidade de levar ponto.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977

Ass.: Célia Teixeira Damasceno da Silva

Célia Teixeira Damasceno da 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

Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno da Silva

1 de 1

8/04/2022 13:38