

 CEOT - CENTRO ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA CNPJ: 02.980.457/0001-35 DOM PEDRO II - , 2139 CEP: 85.812-121 - Bairro: CENTRO Município: CASCAVEL - PARANÁ Email: ceot@ceot.com.br Insc. Municipal: 5873600	Número da NFS-e 13878	
	Situação Emitida	
	Tipo Importado	
	Número RPS: 18797 Série RPS: 13- RPS	
Insc. Estadual:		Autenticidade

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE CASCAVEL SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS	Identificador 7493 7385 0820 0298 0457 2023 1220 1220 3598 3414 	
	Data Fato Gerador 20/12/2022	Data/Hora Emissão 20/12/2022 11:54

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE		
Nome/Razão Social INSTITUIÇÃO ADEVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCACAO		CPF/CNPJ 15.116.763/0004-12
Endereço JULIA DA COSTA	Número 1447	Complemento
Bairro BIGORRILHO	CEP 80.730-070	Cidade - Estado Curitiba - PR

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
401	7493	3%	TI	280,00	0,00	0,00	8,40
Descrição do Serviço: CONSULTAS MÉDICAS PRESTADAS.							
Valor Total		Desc. Incondicional		Dedução		Base de Cálculo	
280,00		0,00		0,00		280,00	
ISSRF		IR		INSS		CSLL	
0,00		0,00		0,00		2,80	
PIS		Outras Retenções		Total Trib. Federais		Desc. Condicional	
1,82		0,00		13,02		0,00	
						Valor Líquido	
						266,98	

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03 401 Medicina e biomedicina	
Legenda do Local de Prestação do Serviço 7493 Cascavel	
Outras Informações TI - Tributada Integralmente (401) Serviço tributado no município do prestador	
Contribuinte enquadrado como Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 2635/2011 de 01/04/2011 00:00:00 A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: https://cascaavel.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 16/01/2023 Valor aproximado dos tributos: Federais R\$37,66 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$11,20 (4,00%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT Modelo aprovado pelo DECRETO Nº 9.604, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2010.	

FATURA DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

Data Emissão: 20/12/2022

Nº da Fatura

Página

0006
XML: 6

1

PRESTADOR

CONVÊNIO

Nome :

CEOT - CENTRO ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA LTDAINSTITUIÇÃO ADEVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

CNPJ/Telefone : 02.980.457/0001-35 / 453222 1440

76.726.884/0011-08 / (45) 4063- 9120

Endereço : Rua Dom Pedro II 2139 - até 1853/1854

Rua Pernambuco 343

Centro

Centro

Cascavel

- PR

Cascavel

- PR

85.812-121

85.810-020

Número Conta	Código Paciente	Atd.	Nome	Data Atend.	Matrícula / Cód. Usuário	Guia / Comprovante	Senha / Autorização	Tipo Pac.	Valor da Conta
00014	94593	15/1	FILIPPO DANIEL ACOSTA CAMPOS	24/11/22	000	9012	9012	Externo	280,00
Tipos de Atendimento				Quantidade de Contas				Valor (R\$)	
Atendimento Interno				0				0,00	
Atendimento Externo				1				280,00	
TOTAL GERAL DA FATURA								280,00	

Data de Entrega:

Reservado para o Convênio

Carimbo e Assinatura

Data de Vencimento: 20/12/2022

02.980.457/0001-35

CEOT - CENTRO ESPECIALIZADO
EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA LTDARUA D. PEDRO II, 2139
CENTRO - CEP 85812-120
CASCVEL - PARANÁ



Centro Especializado em
Ortopedia e Traumatologia

EXTRATO DE CONTA HOSPITALAR

Emissão 24/11/2022

Horário 11:19

Usuário ISABELA.SILVA

Rel.008.998

TOTVS Saúde

Paciente:	9459-FILIPPO DANIEL ACOSTA CAMPOS	Convênio	Parcial	Data e Hora Entrada	Data e Hora Saída
Atd.: 15	Médico: DIOGO MARCHEWICZ	INSTITUIÇÃO ADEVENTI	1	24/11/2022 11:18	24/11/2022 11:18
Leito	Prontuário	Responsável	Médico Requisitante		
	94593		DIOGO MARCHEWICZ		

GASTOS DO PACIENTE

GASTOS DO PACIENTE						%			Valor		
Prestador	Data	Discriminação	Código	Qtde	Unit.CH	Fun	Via	Acr	Tot CH	Unitario	Total
Honorários Médicos Credenciados											
108	24/11/2022 11:18	CONSULTA MEDICA / DIOGO MARCHEWICZ / Clínico	10101012	1		100	100	0	0,0000	280,0000	280,0000

Valor Total: 280,00

Assinatura
Total de Gastos:

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Cascavel
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **23/12/2021**

Nome: **Filipo Daniel Acosta Campos (3993)**

Curso: **6º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **MB**

Sexo: **M** Data Nascimento: **20/02/2011**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Palotina**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua General Osório, 2416**

Complemento: **APTO 01**

Bairro: **Parque São Paulo**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR** CEP: **85802-070**

Cert. Nascimento:

Cert. Nascimento Livro: **37A**

Cert. Nascimento Folha: **232**

Cert. Nascimento Termo: **21069**

Cert. Nascimento Cartório:

Cert. Nascimento Cidade: **Palotina**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade: **135587672**

O.Exp: **SSP**

UF: **PR**

Data: **17/05/2012**

CPF: **102688679-17** INEP

E-Mail: **filipo.campo@sememail.com**

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Evangélica**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **45 99444127** | Celular: **45999009758** |

Pode sair sozinho?

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **005537880-35** Nome: **Carlos Augusto Rodrigues Campos**

Naturalidade: **Santana do Livramento -**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/04/1984** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6068086245**

O. Exp: **ssp**

UF: **PR**

Data Emissão: **30/06/2008**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua General Osório, de 2051/20**

Complemento:

Bairro: **Parque São Paulo**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85802-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **Carlos.augusto@sememail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **45999444127** |

Dados da Mãe

CPF: **011884429-61** Nome: **Andrea Raquel Acosta Durante**

Naturalidade:

Nacionalidade: **Uruguia**

Nascimento: **10/03/1988** Estado Civil: **Casado**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução: **Superior incompleto**

Endereço: **Rua General Osório, 2416**

Complemento: **APTO 01**

Bairro: **Parque São Paulo**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85802-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **misioandrea@gmail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **45999009758** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **005537880-35** Nome: **Carlos Augusto Rodrigues Campos**

Naturalidade: **Santana do Livramento -**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/04/1984** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6068086245**

O. Exp: **ssp**

UF: **PR**

Data Emissão: **30/06/2008**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua General Osório, de 2051/20**

Complemento:

Bairro: **Parque São Paulo**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85802-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **Carlos.augusto@sememail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **45999444127** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **005537880-35** Nome: **Carlos Augusto Rodrigues Campos**

Naturalidade: **Santana do Livramento -**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **02/04/1984** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **6068086245**

O. Exp: **ssp**

UF: **PR**

Data Emissão: **30/06/2008**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua General Osório, de 2051/20**

Complemento:

Bairro: **Parque São Paulo**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85802-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **Carlos.augusto@sememail.com**

Religião: **Cristã**

Telefones: Celular: **45999444127** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Telma Alexandre da Silva Francisco
Administrador Escolar - Ato nº Ato 10/2020

Ana Paula Oliveira Ricci Kovalski
Secretário(a) - Ato nº Ato 01/2022

Responsável