

 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 19014	 <u>Autenticidade</u>
	Situação Emitida	
	Tipo Importado	
	Número RPS: 23849 Série RPS: 13- RPS	
Insc. Estadual:		

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE CASCAVEL SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS	Identificador 7493 7387 8220 0298 0457 2024 0920 0920 3212 5941 	
	<table><tr><td>Data Fato Gerador 20/09/2023</td><td>Data/Hora Emissão 20/09/2023 11:19</td></tr></table>	Data Fato Gerador 20/09/2023
Data Fato Gerador 20/09/2023	Data/Hora Emissão 20/09/2023 11:19	

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE		
Nome/Razão Social INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE		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 MEDICAS PRESTADAS.							
Valor Total 280,00	Desc. Incondicional 0,00		Dedução 0,00		Base de Cálculo 280,00		ISSQN 8,40
ISSRF 0,00	IR 0,00		INSS 0,00		CSLL 2,80		COFINS 8,40
PIS 1,82	Outras Retenções 0,00		Total Trib. Federais 13,02		Desc. Condicional 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: 16/10/2023

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.

Ramlo Brasil S.A

Ag 531

280275

FATURA DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

Data Emissão: 20/09/2023

Nº da Fatura
0010
XML: 10Página
1

PRESTADOR

Nome : CEOT - CENTRO ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA LTDA

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

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

Centro

Cascavel

85.812-121

- PR

CONVÊNIO

INSTITUIÇÃO ADEVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

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

Rua Pernambuco 343

Centro

Cascavel

85.810-020

- PR

Número Conta	Código Paciente	Atd.	Nome	Data Atend.	Matrícula / Cód. Usuário	Gula / Comprovante	Senha / Autorização	Tipo Pac.	Valor da Conta
00020	102162	1/1	ARTHUR DE MELLO PUFAL	21/08/23	000		12891	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:

Data de Vencimento: 20/09/2023

Reservado para o Convênio

Carimbo e Assinatura

02.980.457/0001-35
CEOT - CENTRO ESPECIALIZADO
EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA LTDA.
RUA D. PEDRO II, 2139
CENTRO - CEP 85812-120
CASCVEL - PARANÁ



Centro Especializado em
Ortopedia e Traumatologia

EXTRATO DE CONTA HOSPITALAR

Emissão 22/08/2023

Horário 09:29

Usuário JANAINA.SOUZA

Rel.008.998

TOTVS Saúde

Paciente:	1021-ARTHUR DE MELLO PUFAL	Convênio	Parcial	Data e Hora Entrada	Data e Hora Saída	
Atd.:	1	Médico:	EMILIO AIRES CARVALHO DE CASTRO INSTITUIÇÃO ADEVENTI	1	21/08/2023 13:44	21/08/2023 13:44
Leito	Prontuário	Responsável	Médico Requiritante			
	102162	DANIELI GIROLDO DE MELLO PUF	EMILIO AIRES CARVALHO DE CASTRO			

GASTOS DO PACIENTE											
Prestador	Data	Discriminação	Código	Qtde	Unit.CH	%			Valor		
						Fun	Via	Acr	Tot CH	Unitario	Total
Honorários Médicos Credenciados											
177	21/08/2023 13:44	CONSULTA MEDICA / EMILIO AIRES CARVALHO DE CASTRO / Clínico	10101012	1		100	100	0	0,0000	280,0000	280,0000
Valor Total:										280,00	

Total de Gastos: 280,00

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Cascavel
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **20/09/2022**

Nome: **Arthur de Mello Pufal (3085)**

Curso: **5º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **MA**

Sexo: **M** Data Nascimento: **15/06/2013**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Cascavel**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Goiás, 1063**

Complemento: **casa**

Bairro: **Country**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR** CEP: **85813-070**

Cert. Nascimento: **141699**

Cert. Nascimento Livro: **439A**

Cert. Nascimento Folha: **81**

Cert. Nascimento Termo: **141699**

Cert. Nascimento Cartório: **1º Ofício**

Cert. Nascimento Cidade: **PR**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade: **138889459**

O.Exp: **SESP** UF: **PR**

Data: **15/07/2013**

CPF: **142701839-18** INEP **177563962785**

E-Mail: **athur.pufal@sememail.com**

Cor/ Raça:

Religiao: **Paz Church**

Tipo de Sangue/Fator RH:

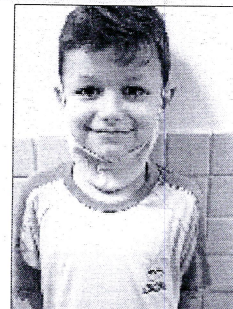
Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **45984025555** | Celular: **45998620195** |

Pode sair sozinho?

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **027086739-20**

Nome: **Milton Luiz Pufal**

Naturalidade: **Toledo - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **09/02/1979** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **7.537.498-4** O. Exp: **SESP** UF: **PR**

Data Emissão: **12/07/1995**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Goiás, 1063**

Complemento: **Casa**

Bairro: **Country**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85813-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **milton.pufal@sememail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **45984025555** |

Dados da Mãe

CPF: **061362939-60**

Nome: **Danieli Giroldo de Mello Pufal**

Naturalidade: **Ubiratã - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **16/11/1987** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **9.723.514-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR**

Data Emissão: **30/10/2007**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Goiás, 1063**

Complemento: **Casa**

Bairro: **Country**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85813-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **dani_ubi@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **45998620195** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **061362939-60**

Nome: **Danieli Giroldo de Mello Pufal**

Naturalidade: **Ubiratã - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **16/11/1987** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **9.723.514-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR**

Data Emissão: **30/10/2007**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Goiás, 1063**

Complemento: **Casa**

Bairro: **Country**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85813-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **dani_ubi@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **45998620195** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **061362939-60**

Nome: **Danieli Giroldo de Mello Pufal**

Naturalidade: **Ubiratã - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **16/11/1987** Estado Civil: **Casado**

Identidade: **9.723.514-7** O. Exp: **SESP** UF: **PR**

Data Emissão: **30/10/2007**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Goiás, 1063**

Complemento: **Casa**

Bairro: **Country**

Cidade: **Cascavel**

UF: **PR**

CEP: **85813-070**

Cx. Postal:

E-Mail: **dani_ubi@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: Celular: **45998620195** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

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

Mariane Barbosa Rocha Leite
Secretário(a) - Ato nº Ato 01/2023

Responsável