

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                  |               |                                                 |                |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------|----------------|-----------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E ORÇAMENTO</b><br>AV. DUQUE DE CAXIAS, 800 - 85887000 - CENTRO - MATELÂNDIA - PR |               | <b>NFS-e Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</b> |                |           |
|                                                                                 | Núm. do RPS:                                                                                                                                                                     | Série do RPS: | Tipo do RPS:                                    | Emissão RPS:   |           |
|                                                                                 | Número:                                                                                                                                                                          |               | 22                                              |                |           |
| Dt. Emissão:                                                                    |                                                                                                                                                                                  | 06/08/2015    |                                                 | Autenticidade: | 701509962 |

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO ACESSANDO O SITE: <http://200.195.137.157:8090/tributosweb/>

#### DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

|                                                                                  |                                                                                  |                              |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
|  | Insc. Municipal: 00113500                                                        | CNPJ/CPF: 10.590.464/0001-59 | Regime Fiscal: Simples Nacional |
|                                                                                  | Nome/Razão Social: MASTER FISIO CLINICA INTEGRADA LTDA                           |                              |                                 |
|                                                                                  | Nome Fantasia: MASTER FISIO                                                      |                              |                                 |
|                                                                                  | Endereço: RUA ARGEMIRO LUIZ FONTANA, 866, JARDIM TROPICAL - LOT. JARDIM TROPICAL |                              |                                 |
|                                                                                  | Município/UF: MATELÂNDIA-PR                                                      |                              |                                 |
| Fone/Fax: (45) 3262-3270                                                         |                                                                                  |                              | Insc. Estadual: ISENTO          |
| E-Mail: escglobocontabilidade@hotmail.com                                        |                                                                                  |                              | CEP: 85.887-000                 |

#### DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

|                                                       |                              |                 |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Insc. Municipal: 00016829                             | CNPJ/CPF: 76.206.465/0001-65 | Insc. Estadual: |
| Nome/Razão Social: PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA |                              |                 |
| Endereço: AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 800 - CENTRO       |                              |                 |
| Município/UF: MATELÂNDIA-PR                           | CEP: 85.887-000              |                 |
| Fone/Fax:                                             | E-Mail:                      |                 |

#### DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

|                                                            |                                              |                            |                                               |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:                 | CNAE:                                        |                            |                                               |
| 000408 TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA. | 8650004                                      |                            |                                               |
| Competência: 8/2015                                        | Local da Prestação do Serviço: MATELÂNDIA-PR | Situação da NFS-e: EMITIDA | Natureza da Operação: Tributação no município |

#### DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| Sessões de fisioterapia clínica e domiciliar realizada no mês de julho |
| Empenho numero 8300-2015                                               |

#### ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item       | Quantidade | Valor Unitário | Valor Desconto | Valor Total |
|------------|-------------------------|------------|----------------|----------------|-------------|
| SIM        | sessões de fisioterapia | 1,00       | 2.387,60000    | 0,00           | 2.387,60    |

#### IMPOSTOS

| Imposto | Alíquota | Valor | Retido |
|---------|----------|-------|--------|
| ISSQN   | 2.00     | 47.75 | Sim    |
| CPP     | 4.00     | 95.50 | Não    |

#### TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

|                                    |                             |                                |                                  |                                |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Base de Cálculo do ISSQN: 2.387,60 | Valor Total Descontos: 0,00 | Valor Total das Deduções: 0,00 | Valor Liquido da NFS-e: 2.339,85 | Valor Total da NFS-e: 2.387,60 |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

#### OBSERVAÇÃO

|  |
|--|
|  |
|--|