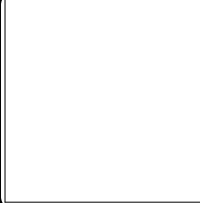


|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                 |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E ORÇAMENTO</b><br><br><b>SETOR DE TRIBUTAÇÃO</b><br>AV. DUQUE DE CAXIAS, 800 - 85887000 - CENTRO - MATELÂNDIA - PR |                      | <b>NFS-e Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</b> |                     |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                     |                      | <b>Número:</b>                                  | <b>21</b>           |
|                                                                                 | <b>Núm. do RPS:</b>                                                                                                                                                                                 | <b>Série do RPS:</b> | <b>Tipo do RPS:</b>                             | <b>Emissão RPS:</b> |

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

#### DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

|                                                                                  |                                                                  |                                     |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>Insc. Municipal:</b> 00017471                                 | <b>CNPJ/CPF:</b> 24.383.329/0001-47 | <b>Regime Fiscal:</b> LUCRO PRESUMIDO                   |
|                                                                                  | <b>Nome/Razão Social:</b> CLÍNICA MÉDICA BLEIL LTDA - ME         |                                     |                                                         |
|                                                                                  | <b>Nome Fantasia:</b> CLÍNICA MEDICA BLEIL LTDA - ME             |                                     |                                                         |
|                                                                                  | <b>Endereço:</b> AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1768, SALA 02 - CENTRO |                                     |                                                         |
|                                                                                  | <b>Município/UF:</b> MATELÂNDIA-PR                               |                                     |                                                         |
|                                                                                  | <b>Fone/Fax:</b>                                                 | <b>E-Mail:</b>                      | <b>Insc. Estadual:</b> ISENTA<br><b>CEP:</b> 85.887-000 |

#### DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

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

#### DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                                  |                                                     |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:</b> 000401 MEDICINA E BIOMEDICINA. |                                                     | <b>CNAE:</b> 8630503                                                                      |
| <b>Competência:</b> 9/2016                                                       | <b>Local da Prestação do Serviço:</b> MATELÂNDIA-PR | <b>Situação da NFS-e:</b> EMITIDA<br><b>Natureza da Operação:</b> Tributação no município |

#### DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

VLR ESTIMADO REF PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA, PROFISSIONAL MERY HELEN BLEIL, PRESTADOS NA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A PACIENTES USUARIOS DO SUS,CONF CREDENCIAMENTO INEXIGIBILIDADE Nº 05/2014, REFERENTE O MÊS DE SETEMBRO/2016.  
EMPENHO 11063/2016

#### ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item                                   | Quantidade | Valor Unitário | Valor Desconto | Valor Total |
|------------|-----------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|-------------|
| SIM        | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA | 102,00     | 77,91000       | 0,00           | 7.946,82    |

#### TRIBUTOS INCIDENTES

| Tributo           | Alíquota | Valor     | Retido |
|-------------------|----------|-----------|--------|
| ISSQN             | 3,00000  | 238,40000 | Sim    |
| PIS               | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| COFINS            | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| INSS              | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| IR                | 1,50000  | 119,20000 | Sim    |
| CSLL              | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| CPP               | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| Impostos Federais | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| Outras Retenções  |          | 0,00000   | Não    |

#### TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO

|                                           |                                    |                                       |                                         |                                       |
|-------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Base de Cálculo do ISSQN:</b> 7.946,82 | <b>Valor Total Descontos:</b> 0,00 | <b>Valor Total das Deduções:</b> 0,00 | <b>Valor Liquido da NFS-e:</b> 7.589,22 | <b>Valor Total da NFS-e:</b> 7.946,82 |
|-------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|

|                       |                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-E Nº</b><br>21 | Recebemos de CLÍNICA MÉDICA BLEIL LTDA - ME, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br><b>DATA:</b> ____ / ____ / ____ <b>Assinatura:</b> _____ |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|