

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                                 |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|
|   | <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>6</b>          |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                     |                                 | <b>Dt. Emissão:</b>                             | <b>30/05/2016</b> |
| <b>Núm. do RPS:</b> <b>Série do RPS:</b> <b>Tipo do RPS:</b> <b>Emissão RPS:</b> |                                                                                                                                                                                                     | <b>Autenticidade:</b> 760565895 |                                                 |                   |

**CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTE 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><br>AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1768, SALA 02 - CENTRO                                        | <b>Insc. Estadual:</b><br>ISENTA |
|                                                                                  | <b>Município/UF:</b> MATELÂNDIA-PR <b>CEP:</b> 85.887-000                                                  |                                  |
| <b>Fone/Fax:</b>                                                                 | <b>E-Mail:</b>                                                                                             |                                  |

#### 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> <a href="mailto:compras@matelandia.pr.gov.br">compras@matelandia.pr.gov.br</a> |

#### DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                                     |                                                        |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:</b><br>000401 MEDICINA E BIOMEDICINA. |                                                        | <b>CNAE:</b><br>8630503                                 |
| <b>Competência:</b><br>5/2016                                                       | <b>Local da Prestação do Serviço:</b><br>MATELÂNDIA-PR | <b>Situação da NFS-e:</b><br>EMITIDA                    |
|                                                                                     |                                                        | <b>Natureza da Operação:</b><br>Tributação no município |

#### DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

VLR REF PRESTACAO E SERVICOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA,PRIFISSIONAL MERY HELEN BLEIL,PRESTADOS NAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE NO ATENDIMENTO A PACIENTES USUARIOS DO SUS, CONF CREDENCIAMENTO INEXIGIBILIDADE Nº 5/2014,REFERNTE O MES DE MAIO/2016

#### ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item                                                                        | Quantidade | Valor Unitário | Valor Desconto | Valor Total |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|-------------|
| SIM        | VLR REF PRESTACAO E SERVICOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA,PRIFISSIONAL MERY HELEN BLEIL | 99,00      | 77,91000       | 0,00           | 7.713,09    |

#### TRIBUTOS INCIDENTES

| Tributo           | Alíquota | Valor     | Retido |
|-------------------|----------|-----------|--------|
| ISSQN             | 3,00000  | 231,39000 | Sim    |
| PIS               | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| COFINS            | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| INSS              | 0,00000  | 0,00000   | Não    |
| IR                | 1,50000  | 115,70000 | 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> 7.713,09 | <b>Valor Total Descontos:</b> 0,00 | <b>Valor Total das Deduções:</b> 0,00 | <b>Valor Líquido da NFS-e:</b> 7.366,00 | <b>Valor Total da NFS-e:</b> 7.713,09 |
|-------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|

|                                 |                                                                                                                                       |                          |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>NFS-E Nº</b><br><br><b>6</b> | Recebemos de CLÍNICA MÉDICA BLEIL LTDA - ME, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br><b>DATA:</b> ____/____/____ | <b>Assinatura:</b> _____ |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

