

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                 |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|---------------------|
|  | <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> 1353                             |                     |
|                                                                                 | <b>Núm. do RPS:</b>                                                                                                                                                                                 | <b>Série do RPS:</b> | <b>Tipo do RPS:</b>                             | <b>Emissão RPS:</b> |

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

#### DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

|                                                                                  |                                                                                                                      |                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|
|  | <b>Insc. Municipal:</b> 00021100 <b>CNPJ/CPF:</b> 61.986.402/0015-05 <b>Regime Fiscal:</b> ENTIDADE PRIVADA SEM FINS |                                                        |  |
|                                                                                  | <b>Nome/Razão Social:</b> ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO                                                            |                                                        |  |
|                                                                                  | <b>Nome Fantasia:</b> HOSPITAL E MATERNIDADE PADRE TEZZA                                                             |                                                        |  |
|                                                                                  | <b>Endereço:</b> AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1768, HOSPITAL - CENTRO                                                    |                                                        |  |
|                                                                                  | <b>Município/UF:</b> MATELÂNDIA-PR <b>CEP:</b> 85.887-000                                                            |                                                        |  |
| <b>Fone/Fax:</b> (45) 3262-1289                                                  |                                                                                                                      | <b>E-Mail:</b> contabilidade@hospitalpadretezza.com.br |  |
| <b>Insc. Estadual:</b> isento                                                    |                                                                                                                      |                                                        |  |

#### DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

|                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Insc. Municipal:</b> 00017399 <b>CNPJ/CPF:</b> 76.206.465/0001-65 <b>Insc. Estadual:</b> |  |
| <b>Nome/Razão Social:</b> MUNICIPIO 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> 000403 HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOSSOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES. |                                                     | <b>CNAE:</b> 8610102              |
| <b>Competência:</b> 5/2017                                                                                                                                                      | <b>Local da Prestação do Serviço:</b> MATELÂNDIA-PR | <b>Situação da NFS-e:</b> EMITIDA |
| <b>Natureza da Operação:</b> Tributação no município                                                                                                                            |                                                     |                                   |

#### DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Nota referente atendimento de Plantão Médico Comp. 042017 Emp. 5107/2017 |
|--------------------------------------------------------------------------|

#### ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item                                                        | Quantidade | Valor Unitário | Valor Desconto | Valor Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|-------------|
| SIM        | Nota referente atendimento de Plantão Médico Comp. 042017 Emp. 5107/2017 | 1,00       | 144.703,00000  | 0,00           | 144.703,00  |

#### TRIBUTOS INCIDENTES

| Tributo           | Alíquota | Valor   | Retido |
|-------------------|----------|---------|--------|
| ISSQN             | 0,00000  | 0,00000 | Não    |
| PIS               | 0,00000  | 0,00000 | Não    |
| COFINS            | 0,00000  | 0,00000 | Não    |
| INSS              | 0,00000  | 0,00000 | Não    |
| IR                | 0,00000  | 0,00000 | Não    |
| 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 FISCAL

|                                             |                                    |                                       |                                           |                                         |
|---------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Base de Cálculo do ISSQN:</b> 144.703,00 | <b>Valor Total Descontos:</b> 0,00 | <b>Valor Total das Deduções:</b> 0,00 | <b>Valor Liquido da NFS-e:</b> 144.703,00 | <b>Valor Total da NFS-e:</b> 144.703,00 |
|---------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|

|                         |                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-E Nº</b><br>1353 | Recebemos de ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br><b>DATA:</b> ____/____/____ <b>Assinatura:</b> _____ |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|