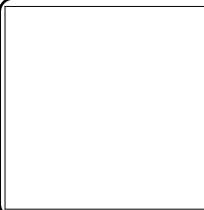


|                                                                                 |                                                                                                                                                                   |  |                                                                                  |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E ORÇAMENTO</b><br>AV. DUQUE DE CAXIAS, 800 - 85887000 - CENTRO - Matelândia - PR |  | Nota Fiscal de Serviços<br>Eletrônica                                            |  |
|                                                                                 | Núm. do RPS:      Série do RPS:      Tipo do RPS:      Emissão RPS:                                                                                               |  | Número: <b>2184</b><br>Emissão: <b>05/10/2020</b><br>Autenticidade:<br>548620253 |                                                                                    |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                   |  |                                                                                  |                                                                                    |

**SITE AUTENTICIDADE:** <https://matelandia.iss.elotech.com.br/autenticar-documento-fiscal>

#### DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

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

#### DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

|                    |                                       |           |                              |                 |  |
|--------------------|---------------------------------------|-----------|------------------------------|-----------------|--|
| Insc. Municipal:   | 17399                                 | CNPJ/CPF: | 76.206.465/0001-65           | Insc. Estadual: |  |
| Nome/Razão Social: | MUNICIPIO DE MATELANDIA               |           |                              |                 |  |
| Endereço:          | AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 800 - CENTRO |           |                              |                 |  |
| Município/UF:      | Matelândia-PR                         | CEP:      | 85.887-000                   |                 |  |
| Fone/Fax:          | (45) 3262-8350                        | E-Mail:   | compras@matelandia.pr.gov.br |                 |  |

#### DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                                                                            |                                |                    |                         |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|---------|
| Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:                                                                                 |                                |                    |                         | CNAE:   |
| 403 HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOSSOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES. |                                |                    |                         | 8610102 |
| Competência:                                                                                                               | Local da Prestação do Serviço: | Situação da NFS-e: | Natureza da Operação:   |         |
| 10/2020                                                                                                                    | Matelândia-PR                  | EMITIDA            | Tributação no município |         |

#### DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALOR REFERENTE CREDENCIAMENTO DE ENTIDADE HOSPITALAR PARA O ATENDIMENTO DE PLANTÃO MÉDICO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (MÉDICO E EQUIPE DE ENFERMAGEM (ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM 24 HORAS POR DIA , 7 DIAS DA SEMANA DO 1 AO ÚLTIMO DIA DO MÊS TODOS DIAS SEMANA, INCLUSIVE SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS. PARA OS ATENDIMENTOS EM GERAL COMO CONSULTAS MÉDICAS.<br>EMPENHO Nº 10566 / 2020<br>COMPETÊNCIA 09/2020 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item         | Quantidade | Valor Unitário | Valor Desconto | Valor Total |
|------------|---------------------------|------------|----------------|----------------|-------------|
| SIM        | CREDENCIAMENTO HOSPITALAR | 1,00       | 206.021,54000  | 0,00           | 206.021,54  |

#### 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

|                           |                        |                           |                         |                       |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Base de Cálculo do ISSQN: | Valor Total Descontos: | Valor Total das Deduções: | Valor Líquido da NFS-e: | Valor Total da NFS-e: |
| 206.021,54                | 0,00                   | 0,00                      | 206.021,54              | 206.021,54            |

|                         |                                                                                                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NFS-E Nº<br><b>2184</b> | Recebemos de ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br>DATA: ____ / ____ / ____<br>Assinatura: _____ |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|