

|                                                                                 |                                                            |                      |                                           |                     |                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA</b>                  |                      | <b>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</b> |                     |  |  |
|                                                                                 | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>                    |                      | <b>Número:</b><br>5177                    |                     |                                                                                    |  |
|                                                                                 | DUQUE DE CAXIAS, 800 - 85887000 - CENTRO - MATELÂNDIA - PR |                      | <b>Data Prestação:</b><br>02/05/2025      |                     |                                                                                    |  |
| <b>Núm. do RPS:</b>                                                             |                                                            | <b>Série do RPS:</b> | <b>Tipo do RPS:</b>                       | <b>Emissão RPS:</b> | <b>Autenticidade:</b><br>703640776                                                 |  |

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

**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 |
|                                                                                   | <b>Nome/Razão Social:</b> ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO            |                                                        |                                            |
|                                                                                   | <b>Nome Fantasia:</b> HOSPITAL E MATERNIDADE PADRE TEZZA             |                                                        |                                            |
|                                                                                   | <b>Endereço:</b><br>AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1768, HOSPITAL - CENTRO |                                                        |                                            |
|                                                                                   | <b>Município/UF:</b> MATELÂNDIA-PR                                   |                                                        |                                            |
|                                                                                   | <b>Fone/Fax:</b> (45) 3262-1289                                      | <b>E-Mail:</b> contabilidade@hospitalpadretezza.com.br | <b>Insc. Estadual:</b><br>isento           |
|                                                                                   |                                                                      | <b>CEP:</b> 85.887-000                                 |                                            |

**DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO**

|                                                              |                                     |                        |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| <b>Insc. Municipal:</b> 16829                                | <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>Fone/Fax:</b> (45) 3262-8350                              |                                     |                        |
| <b>E-Mail:</b> compras@matelandia.pr.gov.br                  |                                     |                        |
| <b>CEP:</b> 85.887-000                                       |                                     |                        |

**DEFINIÇÃO DO SERVIÇO**

|                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                      |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:</b><br>403 HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOSSOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES. |                                                        |                                      | <b>CNAE:</b><br>8610102                                 |
| <b>Competência:</b><br>5/2025                                                                                                                                                   | <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**

VALOR REFERENTE A CREDENCIAMENTO DE ENTIDADE HOSPITALAR PARA O ATENDIMENTO DE PLANTÃO MÉDICO, PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA (MÉDICO E EQUIPE DE ENFERMAGEM (ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM) 24 HORAS POR DIA, 7 DIAS DA SEMANA DO 1º AO ÚLTIMO DIA DO MÊS TODOS OS DIAS DA SEMANA, INCLUSIVE SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS, PARA OS ATENDIMENTOS EM GERAL COMO CONSULTAS MÉDICAS, ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA, CONSULTAS PARA DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMENTOS E AFINS, E PLANTÃO MÉDICO A LEITOS CLÍNICOS COM CARGA HORÁRIA 12 HORAS ESPECÍFICA PARA ACOMPANHAMENTO E TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES VIA CENTRAL DE LEITOS, CONFORME INEXIGIBILIDADE 23/2021.  
EMPENHO Nº 5887/2025 - 60%  
COMPETÊNCIA 04/2025

**ITENS DO SERVIÇO**

| Tributável | Descrição do Item         | Quantidade | Valor Unitário | Desc. Incond. | Desc. Cond. | Valor Total |
|------------|---------------------------|------------|----------------|---------------|-------------|-------------|
| SIM        | CREDENCIAMENTO HOSPITALAR | 1,00000    | 202.386,33     | 0,00          | 0,00        | 202.386,33  |

**TRIBUTOS INCIDENTES**

| Tributo           | Alíquota | Valor   | Retido |
|-------------------|----------|---------|--------|
| ISSQN             | 0,00000  | 0,00000 | Sim    |
| 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><br>202.386,33 | <b>Valor Total Descontos:</b><br>0,00 | <b>Valor Total das Deduções:</b><br>0,00 | <b>Valor Líquido da NFS-e:</b><br>202.386,33 | <b>Valor Total da NFS-e:</b><br>202.386,33 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|

**OBSERVAÇÃO**

CONFORME RESOLUÇÃO CGSN Nº 169, DE 27 DE JULHO DE 2022 Usuário emissor nota: eliane marini mulinari

5177

Recebemos de ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_