

|                                                                                 |                                           |                              |                              |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA</b> |                              | Número NFS-e:<br><b>5649</b> |  |
|                                                                                 | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>   |                              | Data Emissão:<br>18/09/2025  |                                                                                    |
| DUQUE DE CAXIAS, 800 - 85887000 - CENTRO - MATELÂNDIA - PR                      |                                           | Data Prestação<br>18/09/2025 |                              |                                                                                    |
| Núm. do RPS:                                                                    | Série do RPS:                             | Tipo do RPS:                 | Emissão RPS:                 | Autenticidade:<br>532558485                                                        |

SITE AUTENTICIDADE: <https://matelandia.oxy.elotech.com.br/iss/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:   | 16829                                 | CNPJ/CPF: | 76.206.465/0001-65           | Insc. Estadual: |  |
| Nome/Razão Social: | PREFEITURA MUNICIPAL 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:<br>403 HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOSSOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES. | CNAE:<br>8610102                                |                               |                                                  |
| Competência:<br>9/2025                                                                                                                                                   | Local da Prestação do Serviço:<br>MATELÂNDIA-PR | Situação da NFS-e:<br>EMITIDA | Natureza da Operação:<br>Tributação no município |

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

VALOR ESTIMADO REFERENTE A PARTE VARIÁVEL DA CONTRATAÇÃO DE UNIDADE HOSPITALAR PARA VIABILIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE PLANTÃO E PRONTO SOCORRO E ATENDIMENTO HOSPITALAR, AMBULATORIAL, INTERNAMENTOS, URGÊNCIAS, CIRURGIAS E DEMAIS AÇÕES E SERVIÇOS NO ÂMBITO DO SUS, DE FORMA COMPLEMENTAR, À PACIENTES DO MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA, MEDIANTE PAGAMENTO PELOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS, REFERENTE AO MÊS DE AGOSTO, CONFORME, INEXIGIBILIDADE 08/2025.  
EMPENHO 15838/2025, EM COMPLEMENTO AO EMPENHO 13176/2025.

ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item         | Quantidade | Valor    | Desc. | Desc. Cond. | Valor Serviço | Valor Líquido |
|------------|---------------------------|------------|----------|-------|-------------|---------------|---------------|
| SIM        | CREDENCIAMENTO HOSPITALAR | 1,00000    | 2.791,33 | 0,00  | 0,00        | 2.791,33      | 2.791,33      |

TRIBUTOS INCIDENTES

| Tributo           | Aliquota | 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

|                           |                        |                           |                         |                       |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Base de Cálculo do ISSQN: | Valor Total Descontos: | Valor Total das Deduções: | Valor Líquido da NFS-e: | Valor Total da NFS-e: |
| 2.791,33                  | 0,00                   | 0,00                      | 2.791,33                | 2.791,33              |

OBSERVAÇÃO

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

|                  |                                                                                                                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NFS-E Nº<br>5649 | Recebemos de ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br>DATA: ____/____/____<br>Assinatura: _____ |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|