

|                                                                                 |                                                                                                       |               |                              |                                                                                    |                              |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELANDIA</b>                                                             |               | Número NFS-e:<br><b>6202</b> |  |                              |                             |
|                                                                                 | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b><br>DUQUE DE CAXIAS, 800 - 85887000 - CENTRO - MATELÂNDIA - PR |               | Data Emissão:<br>27/02/2026  |                                                                                    |                              |                             |
| Núm. do RPS:                                                                    |                                                                                                       | Série do RPS: | Tipo do RPS:                 | Emissão RPS:                                                                       | Data Prestação<br>27/02/2026 | Autenticidade:<br>096829176 |

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:   | 17701                                 | CNPJ/CPF: | 76.206.465/0001-65           | Insc. Estadual: |  |
| Nome/Razão Social: | PREFEITURA MUNICIPAL DE MATELÂNDIA    |           |                              |                 |  |
| Endereço:          | AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 482 - CENTRO |           |                              |                 |  |
| Município/UF:      | MATELÂNDIA-PR                         | CEP:      | 85.887-000                   |                 |  |
| Fone/Fax:          |                                       | E-Mail:   | compras@matelandia.pr.gov.br |                 |  |

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

|                                                                             |                                |                    |                         |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|------------------|
| Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:<br>40301 Hospitais e congêneres. |                                |                    |                         | CNAE:<br>8610102 |
| Competência:                                                                | Local da Prestação do Serviço: | Situação da NFS-e: | Natureza da Operação:   |                  |
| 2/2026                                                                      | MATELÂNDIA-PR                  | EMITIDA            | 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 FEVEREIRO, CONFORME, INEXIGIBILIDADE 08/2025.  
EMPENHO 1995/2026.

ITENS DO SERVIÇO

| Tributável | Descrição do Item         | Quantidade | Valor      | Desc. | Desc. Cond. | Valor Serviço | Valor Líquido |
|------------|---------------------------|------------|------------|-------|-------------|---------------|---------------|
| SIM        | CREDENCIAMENTO HOSPITALAR | 1,00000    | 310.795,15 | 0,00  | 0,00        | 310.795,15    | 310.795,15    |

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: |
| 310.795,15                | 0,00                   | 0,00                      | 310.795,15              | 310.795,15            |

OBSERVAÇÃO

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

|                  |                                                                                                                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NFS-E Nº<br>6202 | Recebemos de ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br>DATA: ____/____/____<br>Assinatura: _____ |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|