

|                                                                                 |                                                               |                                           |                                                                                    |                     |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------|
|  | <b>MUNICIPIO DE MEDIANEIRA</b>                                | <b>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</b> |  |                     |                                    |
|                                                                                 | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>                       | <b>Número:</b><br>576                     |                                                                                    |                     |                                    |
|                                                                                 | Jose Callegari, 647 - 85720052 - Bairro Ipe - MEDIANEIRA - PR | <b>Data Prestação:</b><br>03/03/2026      |                                                                                    |                     |                                    |
|                                                                                 | <b>Núm. do RPS:</b>                                           | <b>Série do RPS:</b>                      | <b>Tipo do RPS:</b>                                                                | <b>Emissão RPS:</b> | <b>Autenticidade:</b><br>958486157 |

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

**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

|                                                                                  |                                                                    |                                      |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|
|  | <b>Insc. Municipal:</b> 00890383                                   | <b>CNPJ/CPF:</b> 00.879.976/0001-86  | <b>Regime Fiscal:</b> Sem Regime Fiscal              |
|                                                                                  | <b>Nome/Razão Social:</b> CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE IGUAÇU |                                      |                                                      |
|                                                                                  | <b>Nome Fantasia:</b> CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SA               |                                      |                                                      |
|                                                                                  | <b>Endereço:</b><br>RUA Iguaçu, S/N - Nazare                       |                                      |                                                      |
|                                                                                  | <b>Município/UF:</b> MEDIANEIRA-PR                                 |                                      |                                                      |
|                                                                                  | <b>Fone/Fax:</b> 45262-1362                                        | <b>E-Mail:</b> li_deluca@hotmail.com | <b>Insc. Estadual:</b><br><br><b>CEP:</b> 85.720-410 |

**DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO**

|                                                   |                                     |                        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| <b>Insc. Municipal:</b>                           | <b>CNPJ/CPF:</b> 76.206.465/0001-65 | <b>Insc. Estadual:</b> |
| <b>Nome/Razão Social:</b> MUNICIPIO DE MATELANDIA |                                     |                        |
| <b>Endereço:</b> DUQUE DE CAXIAS, 800 - CENTRO    |                                     |                        |
| <b>Município/UF:</b> MATELÂNDIA-PR                |                                     |                        |
| <b>Fone/Fax:</b> (45) 3262-8350                   |                                     |                        |
| <b>E-Mail:</b> saude@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>40901 Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental. |                                                        |                                      | <b>CNAE:</b><br>8690999                 |
| <b>Competência:</b><br>3/2026                                                                                                               | <b>Local da Prestação do Serviço:</b><br>MEDIANEIRA-PR | <b>Situação da NFS-e:</b><br>EMITIDA | <b>Natureza da Operação:</b><br>ISENÇÃO |

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

PROCEDIMENTOS MÉDICOS, CASA DE APOIO, SISTEMA DE SAÚDE E TAXA ADMINISTRATIVA REFERENTE AO MÊS DE FEVEREIRO/2026, CONFORME PACTUADO NOS CONTRATOS DE PROGRAMA E RATEIO PARA O EXERCÍCIO DE 2026.

DADOS BANCÁRIO PARA PAGAMENTO:  
BANCO DO BRASIL 001  
AGENCIA 0735-8  
CONTA CORRENTE 2111-3

**ITENS DO SERVIÇO**

| Tributável | Descrição do Item                                                                                               | Quantidade | Valor      | Desc. | Desc. Cond. | Valor Serviço | Valor Líquido |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------|-------------|---------------|---------------|
| SIM        | PROCEDIMENTOS MÉDICOS, CASA DE APOIO, SISTEMA DE SAÚDE E TAXA ADMINISTRATIVA REFERENTE AO MÊS DE FEVEREIRO/2026 | 1,00000    | 281.268,02 | 0,00  | 0,00        | 281.268,02    | 281.268,02    |

**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><br>0,00 | <b>Valor Total Descontos:</b><br>0,00 | <b>Valor Total das Deduções:</b><br>0,00 | <b>Valor Total dos Serviços:</b><br>281.268,02 | <b>Valor Líquido da NFS-e:</b><br>281.268,02 |
|------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|

NFS-E Nº

Recebemos de CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE IGUAÇU, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

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

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