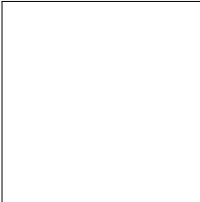


|                                                                                  |                                                         |                      |                                     |                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>MUNICÍPIO DE CIANORTE</b>                            |                      | <b>Número NFS-e:</b><br>201         |                     |  |
|                                                                                  | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b>                  |                      | <b>Data Emissão:</b><br>11/12/2024  |                     |                                                                                    |
|                                                                                  | CENTRO CÍVICO, 100 - 87200127 - ZONA 01 - CIANORTE - PR |                      | <b>Data Prestação</b><br>11/12/2024 |                     |                                                                                    |
|                                                                                  | <b>Núm. do RPS:</b>                                     | <b>Série do RPS:</b> | <b>Tipo do RPS:</b>                 | <b>Emissão RPS:</b> |                                                                                    |

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

|                                                                                  |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO</b>                                             |                                                                                                   |
|  | <b>Insc. Municipal:</b> 00023058 <b>CNPJ/CPF:</b> 36.917.817/0001-76 <b>Regime Fiscal:</b> Normal |
|                                                                                  | <b>Nome/Razão Social:</b> ORTO SAPIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA                                        |
|                                                                                  | <b>Nome Fantasia:</b> ORTO SAPIA                                                                  |
|                                                                                  | <b>Endereço:</b> RUA IPIRANGA, 322 - ZONA 01                                                      |
|                                                                                  | <b>Município/UF:</b> CIANORTE-PR <b>CEP:</b> 87.200-159                                           |
|                                                                                  | <b>Fone/Fax:</b> (44) 3641-3656 <b>E-Mail:</b> CONTABILIDADE.BANDEIRANTES@HOTMAIL.COM             |

|                                                                                |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO</b>                                             |                                                            |
| <b>Insc. Municipal:</b>                                                        | <b>CNPJ/CPF:</b> 15.116.763/0004-12 <b>Insc. Estadual:</b> |
| <b>Nome/Razão Social:</b> INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE       |                                                            |
| <b>Endereço:</b> Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho                      |                                                            |
| <b>Município/UF:</b> CURITIBA-PR <b>CEP:</b> 80.730-070                        |                                                            |
| <b>Fone/Fax:</b> (41) 3240-2920 <b>E-Mail:</b> fiscal@clinicaadventista.org.br |                                                            |

|                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                      |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>DEFINIÇÃO DO SERVIÇO</b>                                                                                                                                                     |                                                      |                                      |                                                         |
| <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>12/2024                                                                                                                                                  | <b>Local da Prestação do Serviço:</b><br>CIANORTE-PR | <b>Situação da NFS-e:</b><br>EMITIDA | <b>Natureza da Operação:</b><br>TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO |

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>                                                                                        |
| SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO PACIENTE ARTHUR MARTINS RODRIGUES SAMPAIO, REFERENTE A RETIRADA DE SÍNTESE DE ANTEBRAÇO. |

| ITENS DO SERVIÇO |                   |            |                |                |             |
|------------------|-------------------|------------|----------------|----------------|-------------|
| Tributável       | Descrição do Item | Quantidade | Valor Unitário | Valor Desconto | Valor Total |
| SIM              | SERVIÇOS MÉDICOS  | 1,00000    | 1.500,00       | 0,00           | 1.500,00    |

| TRIBUTOS INCIDENTES |          |          |        |
|---------------------|----------|----------|--------|
| Tributo             | Alíquota | Valor    | Retido |
| ISSQN               | 3,00000  | 45,00000 | 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: |
| 1.500,00                        | 0,00                   | 0,00                      | 1.500,00                | 1.500,00              |

|                        |                                                                                                                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NFS-E Nº</b><br>201 | Recebemos de ORTO SAPIA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.<br><b>DATA:</b> ____ / ____ / ____ <b>Assinatura:</b> _____ |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|