

 PREFEITURA DE TUBARÃO SECRETARIA DA FAZENDA	NOTA FISCAL 0542524	
	NÚMERO RPS	
	DATA DE EMISSÃO NOTA 06/09/2023 16:05:01	
	DATA DO FATO GERADOR 06/09/2023	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

	RAZÃO SOCIAL PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA LTDA.	NOME FANTASIA PRESTADOR COMPLEXO MEDICO PROVIDA				
	ENDEREÇO AVENIDA AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2075, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705001	COMPLEMENTO				
	Nº CPF/CNPJ 80.490.618/0001-16	SIMPLES NACIONAL NÃO	INSC. MUNICIPAL 21560	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 48-3631-150	E-MAIL leliani.zanelato@complexoprovida.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE					
ENDEREÇO R MATIAS JOSE BINS, 581, Nº SN, TRES FIGUEIRAS, CEP 91330290, PORTO ALEGRE - RS					COMPLEMENTO
Nº CPF/CNPJ 15.116.763/0003-31	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE 33821200	E-MAIL marcelo.klu@adventistas.org.br	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
UN	1	Servicos hospitalares prestados	45,00	45,00

OBSERVAÇÕES Paciente: JOAO LUCAS JACQUES VIEIRA DN 23/08/2016 AT	TOTAL GERAL 45,00
---	-----------------------------

IMPOSTOS FEDERAIS						IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,5000 %	45,00	1,13	45,00

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO LC116: 0403 - CNAE: 8610-1/01 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.
--

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DEDUÇÕES (Materiais e Outros) R\$ 0,00	OUTRAS DEDUÇÕES R\$ 0,00
--	------------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO Tributado no Município	RECOLHIMENTO ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO TUBARÃO - SC	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT) R\$ 7,07 (15.72%)
--	---	---	--

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE www.prefeituramoderna.com.br
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 60c17e6cbbd31a2287287ea31f74b30c
 ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 8226838e32756ca775b63eabe710c368

Recebi(emos) de COMPLEXO MEDICO PROVIDA LTDA. o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número 0542524. _____ Data do Recebimento	_____ Identificação e assinatura do receptor	NÚMERO NOTA FISCAL 0542524
--	---	--------------------------------------