

|                                                                                                                                        |                                             |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>PREFEITURA DE TUBARÃO</b><br>SECRETARIA DA FAZENDA | NOTA FISCAL<br><b>0542522</b>               |  |
|                                                                                                                                        | NÚMERO RPS                                  |                                                                                     |
|                                                                                                                                        | DATA DE EMISSÃO NOTA<br>06/09/2023 15:35:52 |                                                                                     |
|                                                                                                                                        | DATA DO FATO GERADOR<br>06/09/2023          |                                                                                     |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

## TOMADOR DE SERVIÇOS

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

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| UNID                                                                                                                                                                                           | QUANT. | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                                                        | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| UN                                                                                                                                                                                             | 1      | Servicos hospitalares prestados                                             | 61,48       | 61,48                                                                             |
| OBSERVAÇÕES<br>Paciente: JOAO LUCAS JACQUES VIEIRA DN 23/08/2016 AT 4071249                                                                                                                    |        |                                                                             |             | TOTAL GERAL<br><b>61,48</b>                                                       |
| RETIDO<br><b>NÃO</b>                                                                                                                                                                           |        | IMPOSTOS FEDERAIS<br>INSS 0,00 PIS/PASEP 0,00 COFINS 0,00 IR 0,00 CSLL 0,00 |             | IMPOSTOS MUNICIPAIS<br>ALÍQUOTA ISS 2,5000 % BASE DE CÁLCULO 61,48 TOTAL ISS 1,54 |
| VALOR LÍQUIDO<br><b>61,48</b>                                                                                                                                                                  |        |                                                                             |             |                                                                                   |
| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO<br>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)<br><b>R\$ 0,00</b> | OUTRAS DEDUÇÕES<br><b>R\$ 0,00</b> |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|

## OUTRAS INFORMAÇÕES

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                      |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Tributado no Município                                                                                                                                                                                                           | RECOLHIMENTO<br>ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR | LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO<br><b>TUBARÃO - SC</b> | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)<br><b>R\$ 9,66 (15.72%)</b> |
| ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE <a href="http://www.prefeituramoderna.com.br">www.prefeituramoderna.com.br</a><br><b>CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 5fd62ea557101f6af7b3d956df84aa46</b><br>ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 8226838e32756ca775b63eabe710c368 |                                               |                                                      |                                                                  |

|                                                                                                                                                |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Recebi(emos) de <b>COMPLEXO MEDICO PROVIDA LTDA.</b> o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número <b>0542522.</b> | NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0542522</b>            |
| _____/_____/_____<br>Data do Recebimento                                                                                                       | _____<br>Identificação e assinatura do receptor |