PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ITAJOBI - TRIBUTOS

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ITAJOBI - TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
32

Código de Verificação de Autenticidade
DIIAVSP69

Data e Hora de Emissão da NFS-e
14/03/2025 às 20:54:55

Chave de Acesso
175587F5J0LU0YJ1XBIU0HLV13GHTOLM

Para certificação da autenticidade acesse http://nfes.itajobi.sp.gov.br/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**ITAJOBI-SP**	**ITAJOBI - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				14/03/2025

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
46.187.695/0001-63		**8074**	**000019009**	SEVEN CLINIC CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA PEDRO DE TOLEDO, 1298		**JARDIM SILVA**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
15840-000	**ITAJOBI-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
78.738.101/0001-51		**178392-5**	**DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

Logradouro	Complemento	Bairro
Rua Irmã Flávia Borlet, 197		**Hauer**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
81630-170	**CURITIBA - PR**	**4106902**		

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	Atendimento odontológico inicial e profilaxia	62,40	R$ 62,40

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **04.02**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografi...	**2,00%**	**0000040000002**			

Construção Civil

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 62,40	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 62,40**	**R$ 1,25**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 62,40

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **SEVEN CLINIC CLINICA ODONTOLOGICA LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **32** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **DIIAVSP69**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/____	_____	_____