

|                                                                                                                                               |                                             |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>PREFEITURA DE TUBARÃO</b><br><b>SECRETARIA DA FAZENDA</b> | NOTA FISCAL<br><b>0003171</b>               |  |
|                                                                                                                                               | NÚMERO RPS                                  |                                                                                    |
|                                                                                                                                               | DATA DE EMISSÃO NOTA<br>24/06/2025 15:41:26 |                                                                                    |
|                                                                                                                                               | DATA DO FATO GERADOR<br>24/06/2025          |                                                                                    |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                                                                         |                                |                                                                       |                |                                |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL PRESTADOR<br><b>LM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA</b>                        |                                | NOME FANTASIA PRESTADOR<br><b>LUMEN RADIODIAGNOSTICO ODONTOLOGICO</b> |                |                                |                                         |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2100, VILA MOEMA, TUBARÃO SC, 88705000 |                                |                                                                       |                |                                | COMPLEMENTO<br>SALA 03                  |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>54.438.639/0001-82</b>                                                | SIMPLES NACIONAL<br><b>SIM</b> | INSC. MUNICIPAL<br><b>90522</b>                                       | INSC. ESTADUAL | TELEFONE<br><b>(48) 3191-0</b> | E-MAIL<br><b>TSCONTABILTB@GMAIL.COM</b> |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                                                           |                 |                |                              |                                                  |             |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| NOME DO TOMADOR<br><b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b>           |                 |                |                              |                                                  |             |
| ENDEREÇO<br>IRMA FLAVIA BORLET, Nº SN, HAUER, CEP 81630170, CURITIBA - PR |                 |                |                              |                                                  | COMPLEMENTO |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>78.738.101/0001-51</b>                                  | INSC. MUNICIPAL | INSC. ESTADUAL | TELEFONE<br><b>996246710</b> | E-MAIL<br><b>jonasdeoliveiragois@outlook.com</b> |             |

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| UNID | QUANT. | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO               | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL |
|------|--------|------------------------------------|-------------|-------------|
|      | 1      | Exames radiográficos odontológicos | 452,58      | 452,58      |

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| OBSERVAÇÕES | TOTAL GERAL<br><b>452,58</b> |
|-------------|------------------------------|

| IMPOSTOS FEDERAIS |      |           |        |      |      | IMPOSTOS MUNICIPAIS |                 |           | VALOR LÍQUIDO |
|-------------------|------|-----------|--------|------|------|---------------------|-----------------|-----------|---------------|
| RETIDO            | INSS | PIS/PASEP | COFINS | IR   | CSLL | ALÍQUOTA ISS        | BASE DE CÁLCULO | TOTAL ISS |               |
| <b>NÃO</b>        | 0,00 | 0,00      | 0,00   | 0,00 | 0,00 | 3,2894 %            | 452,58          | 14,89     | <b>452,58</b> |

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO  
**LC116: 0402 - CNAE: 8640-2/05 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES.**

**DESCONTOS / DEDUÇÕES**

|                                       |                                         |                                                  |                                    |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| DESC. CONDICIONADO<br><b>R\$ 0,00</b> | DESC. INCONDICIONADO<br><b>R\$ 0,00</b> | 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\$ 60,87 (13.45%)</b> |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE [www.prefeituramoderna.com.br](http://www.prefeituramoderna.com.br)

**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 8ce497f8033f58e309703c1fd109be62**

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - d4fe7d3a98a2c297842e20db316f5641

|                                                                                                                                                   |                                                 |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Recebi(emos) de <b>LM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA</b> o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número <b>0003171</b> . |                                                 | NÚMERO NOTA FISCAL<br><br><b>0003171</b> |
| _____<br>Data do Recebimento                                                                                                                      | _____<br>Identificação e assinatura do receptor |                                          |