

|                                                                                                                                                                          |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------|-----------------|
|                                                                                          | <b>PREFEITURA DE ITARARÉ</b>                    |                 | Número da Nota<br><b>00000724</b>                    |               | Data do Serviço<br><b>18/12/2024</b> |                 |
|                                                                                                                                                                          | <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b>                   |                 | Data e Hora de Emissão<br><b>18/12/2024 09:58:09</b> |               |                                      |                 |
|                                                                                                                                                                          | <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe</b> |                 | Código de Verificação<br><b>NZFHIE-000724/2024</b>   |               |                                      |                 |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                             |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| CNPJ/CPF: <b>37.175.707/0001-49</b> Inscrição Municipal: <b>15663</b> Inscrição Estadual:                                                                                |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Nome/Razão Social: <b>CLINICA ODONTOLOGICA FANTON OREFICE LTDA</b>                                                                                                       |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Endereço: <b>RUA XV DE NOVEMBRO 22, SALA 7/004004 - CENTRO - CEP: 18460000</b>                                                                                           |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| E-mail: <b>OTODENTDENTISTAS@HOTMAIL.COM</b>                                                                                                                              |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Telefone: ( )      Celular: ( )                                                                                                                                          |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Município: <b>ITARARE</b> UF: <b>SP</b>                                                                                                                                  |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                               |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| CNPJ/CPF: <b>78.738.101/0001-51</b> Inscrição Municipal:      Insc.Estadual:                                                                                             |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA</b>                                                                                                            |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Endereço: <b>RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET 197, - HAUER - CEP: 81630170</b>                                                                                                     |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Email:      Telefone:                                                                                                                                                    |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Município: <b>CURITIBA</b> UF: <b>PR</b>                                                                                                                                 |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| <b>DESCRIÇÃO DO SERVIÇO</b>                                                                                                                                              |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Valor referente aos trabalhos prestados.                                                                                                                                 |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| <b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.842,00</b>                                                                                                                                |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Código do Serviço: 04.12<br>Odontologia.                                                                                                                                 |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Base de Cálculo (R\$):                                                                                                                                                   |                                                 | ---             | Alíquota Simples Nacional(%):                        | 2,01          | ISS (R\$):                           |                 |
| IR. (R\$):                                                                                                                                                               | 0,00                                            | I.N.S.S. (R\$): | 0,00                                                 | COFINS (R\$): | 0,00                                 | C.S.L.L. (R\$): |
|                                                                                                                                                                          |                                                 |                 |                                                      |               | 0,00                                 | P.I.S. (R\$):   |
|                                                                                                                                                                          |                                                 |                 |                                                      |               |                                      | 0,00            |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site <a href="https://nfseitarare.gcaspp.com/autenticidade.aspx">https://nfseitarare.gcaspp.com/autenticidade.aspx</a> |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " <b>SIMPLES NACIONAL</b> "                                                                                           |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| <b>DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.</b>                                                                                                    |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| <b>NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.</b>                                                                                                                         |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Local da Prestação = <b>ITARARE / SP - ISS Devido ao prestador</b>                                                                                                       |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
|                                                                                     |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Autenticidade                                                                                                                                                            |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Recebi (emos) de: <b>CLINICA ODONTOLOGICA FANTON OREFICE LTDA</b>                                                                                                        |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº <b>00000724</b> - Série <b>ELETRONICA</b>                                                                |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Condições de Pagamento:                                                                                                                                                  |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |
| Data de Recebimento:      /      /      Assinatura:                                                                                                                      |                                                 |                 |                                                      |               |                                      |                 |