

|                                                                                                                                                                               |                                             |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>PREFEITURA DE PETRÓPOLIS</b><br>SECRETARIA DE FAZENDA<br><br><b>NOTA FISCAL IMPERIAL</b> | NOTA FISCAL<br><b>0000390</b>               |  |
|                                                                                                                                                                               | NÚMERO RPS                                  |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                               | DATA DE EMISSÃO NOTA<br>03/10/2022 08:45:57 |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                               | DATA DO FATO GERADOR<br>03/10/2022          |                                                                                    |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                                                              |                                |                                                             |                |                               |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL PRESTADOR<br><b>INVITARE ODONTOLOGIA LTDA</b>                   |                                | NOME FANTASIA PRESTADOR<br><b>INVITARE ODONTOLOGIA LTDA</b> |                |                               |                                     |
| ENDEREÇO<br>RUA DOUTOR ALENCAR LIMA, Nº 35, CENTRO, PETRÓPOLIS RJ , 25620050 |                                |                                                             |                |                               | COMPLEMENTO<br>SALA 803,805,807,809 |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>43.470.398/0001-32</b>                                     | SIMPLES NACIONAL<br><b>SIM</b> | INSC. MUNICIPAL<br><b>11185521</b>                          | INSC. ESTADUAL | TELEFONE<br><b>2499140301</b> | E-MAIL                              |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                                                                |                 |                |          |             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------|-------------|
| NOME DO TOMADOR<br><b>DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA</b>                  |                 |                |          |             |
| ENDEREÇO<br>RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, Nº 197, HAUER, CEP 81630170, CURITIBA - PR |                 |                |          | COMPLEMENTO |
| Nº CPF/CNPJ<br><b>78.738.101/0001-51</b>                                       | INSC. MUNICIPAL | INSC. ESTADUAL | TELEFONE | E-MAIL      |

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| UNID                                                                             | QUANT.              | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                | VALOR UNIT.           | VALOR TOTAL                      |                   |                     |                                 |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 1                                                                                | 1                   | prestação de serviços odontológicos | 1.514,25              | 1.514,25                         |                   |                     |                                 |                                    |
| OBSERVAÇÕES                                                                      |                     |                                     |                       | TOTAL GERAL<br><b>1.514,25</b>   |                   |                     |                                 |                                    |
| IMPOSTOS FEDERAIS                                                                |                     | IMPOSTOS MUNICIPAIS                 |                       | VALOR LÍQUIDO<br><b>1.514,25</b> |                   |                     |                                 |                                    |
| RETIDO<br><b>NÃO</b>                                                             | INSS<br><b>0,00</b> | PIS/PASEP<br><b>0,00</b>            | COFINS<br><b>0,00</b> |                                  | IR<br><b>0,00</b> | CSLL<br><b>0,00</b> | ALÍQUOTA ISS<br><b>2,0000 %</b> | BASE DE CÁLCULO<br><b>1.514,25</b> |
| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO<br><b>100001205 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA</b> |                     |                                     |                       |                                  |                   |                     |                                 |                                    |

**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><b>Tributado no Município</b> | RECOLHIMENTO<br><b>ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR</b> | LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO<br><b>PETRÓPOLIS - RJ</b> | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)<br><b>R\$ 247,28 (16.33%)</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE [www.prefeituramoderna.com.br](http://www.prefeituramoderna.com.br)  
**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - e0bddb3e366d4596362906d5d5cda11d**  
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 24ac7c961a3ac7695a3677bdf1890881

|                                                                                                                                             |                                                  |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Recebi(emos) de <b>INVITARE ODONTOLOGIA LTDA</b> o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número <b>0000390</b> . |                                                  | NÚMERO NOTA FISCAL<br><b>0000390</b> |
| _____/_____/_____<br>Data do Recebimento                                                                                                    | _____<br>Identificação e assinatura do recebedor |                                      |