

|                                                                                                                                        |                                             |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>PREFEITURA DE TUBARÃO</b><br>SECRETARIA DA FAZENDA | NOTA FISCAL<br><b>0011207</b>               |  |
|                                                                                                                                        | NÚMERO RPS                                  |                                                                                    |
|                                                                                                                                        | DATA DE EMISSÃO NOTA<br>07/11/2023 15:33:20 |                                                                                    |
|                                                                                                                                        | DATA DO FATO GERADOR<br>07/11/2023          |                                                                                    |

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

|                                                                                  |                                                                                          |                                            |                                 |                |                              |                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------|------------------------------|------------------------------------------------|-------------|
|  | RAZÃO SOCIAL PRESTADOR<br><b>RAIOFACE RADIOLOGIA LTDA ME</b>                             | NOME FANTASIA PRESTADOR<br><b>RAIOFACE</b> |                                 |                |                              |                                                |             |
|                                                                                  | ENDEREÇO<br>AVENIDA MARCOLINO MARTINS CABRAL, Nº 2100, VILA MOEMA, TUBARÃO SC , 88705000 |                                            |                                 |                |                              |                                                | COMPLEMENTO |
|                                                                                  | Nº CPF/CNPJ<br><b>07.565.607/0001-68</b>                                                 | SIMPLES NACIONAL<br><b>SIM</b>             | INSC. MUNICIPAL<br><b>61971</b> | INSC. ESTADUAL | TELEFONE<br><b>3622-3322</b> | E-MAIL<br><b>contabil1@fatocontabil.net.br</b> |             |

## TOMADOR DE SERVIÇOS

|                                                                           |                 |                |                              |                                                  |             |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| NOME DO TOMADOR<br><b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA</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 |      |                     |                 |           |               |
|-------------|-------------------|------------------------|-------------|-------------|------|---------------------|-----------------|-----------|---------------|
| 01          | 1                 | SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS | 149,76      | 149,76      |      |                     |                 |           |               |
| OBSERVAÇÕES |                   |                        |             | TOTAL GERAL |      |                     |                 |           |               |
|             |                   |                        |             | 149,76      |      |                     |                 |           |               |
|             | IMPOSTOS FEDERAIS |                        |             |             |      | IMPOSTOS MUNICIPAIS |                 |           | VALOR LÍQUIDO |
| RETIDO      | INSS              | PIS/PASEP              | COFINS      | IR          | CSLL | ALÍQUOTA ISS        | BASE DE CÁLCULO | TOTAL ISS |               |
| NÃO         | 0,00              | 0,00                   | 0,00        | 0,00        | 0,00 | 3,8189 %            | 149,76          | 5,72      |               |
|             |                   |                        |             |             |      |                     |                 |           | 149,76        |

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

|                                                  |                                    |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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>TUBARÃO - SC | VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)<br><b>R\$ 24,43 (16.31%)</b> |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

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

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 7c45c22f1aa6d8166b54e15aa329e8a4

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - c18def159dc59f7f8408cc2ba6a14f13

Recebi(emos) de **RAIOFACE RADIOLOGIA LTDA ME** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0011207**.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data do Recebimento\_\_\_\_\_  
Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL

**0011207**