

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
|  <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS</b><br/> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS</b><br/> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p> | Número da Nota<br><b>00002918</b>                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Data e Hora de Emissão<br><b>21/12/2021 17:02:33</b> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Código de Verificação<br><b>4abfb3bd</b>             |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |
|  <p>Nome/Razão Social: <b>CONFIDENT RADIOLOGIA ODONTOLOGICA BARAO GERALDO LTDA ME</b><br/>         CPF/CNPJ: <b>21.105.067/0001-60</b><br/>         Endereço: <b>AVENIDA MODESTO FERNANDES, Nº000171 - BAIRRO BARAO GERALDO - CEP:13084-190</b><br/>         Município: <b>CAMPINAS</b></p> | <p>Inscrição Municipal: <b>00331157-0</b><br/>         UF: <b>SP</b><br/>         Telefone: <b>(19) 38711742</b></p> |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                |
| <p>Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b><br/>         CPF/CNPJ: <b>78.738.101/0001-51</b><br/>         Endereço: <b>RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, Nº197 - BAIRRO HAUER - CEP:81630-170</b><br/>         Município: <b>CURITIBA</b></p> | <p>Inscrição Municipal: <b>00000000-0</b><br/>         UF: <b>PR</b><br/>         E-mail: <b>faturamento@odontolifeodontologia.com.br</b><br/>         Telefone: <b>()</b></p> |

  

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>            |  |
| <p><b>Descrição:</b> REFERÊNCIA DEZEMBRO</p> |  |

  

| Tributável<br>SIM | Item                                                                                                                                                                                                                                                               | Qtde | Unitário R\$ | Total R\$ |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|-----------|
|                   | <p><b>RADIOGRAFIAS</b></p> <p>Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 8640-2/05-00 - Servicos de diagnostico por imagem com uso de radiacao ionizante, exceto tomografia.</p> | 1    | 783,54       | 783,54    |

  

|                                                                      |                               |                             |                                |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL</b> |                               |                             |                                |                             |
| PIS (0,0000%):<br>R\$ 0,00                                           | COFINS (3,0000%):<br>R\$ 0,00 | INSS (2,0000%):<br>R\$ 0,00 | IR (1,5000%):<br>R\$ 0,00      | CSLL (1,0000%):<br>R\$ 0,00 |
| <b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 783,54</b>                              |                               |                             |                                |                             |
| Deduções Base Cálculo ISSQN:<br>R\$ 0,00                             | Base de Cálculo ISSQN:<br>*** | Alíquota ISSQN:<br>***      | Alíquota Efetiva ISSQN:<br>*** | ISSQN Devido:<br>***        |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                            |
| <p>Mês de Competência da Nota Fiscal: 12/2021<br/>         Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR<br/>         Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional<br/>         CNAE: 8640-2/05-00<br/>         Descrição da Atividade: SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIACAO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA<br/>         Serviço: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.</p> | <p>Local da Prestação do Serviço: CAMPINAS/SP<br/>         Tributação: TRIBUTÁVEL S.N.</p> |