



Código de Verificação
AVBPRQ-000249/2023

CNPJ/CPF: **37.175.707/0001-49** Inscrição Municipal: **15663** Inscrição Estadual:

Nome/Razão Social: **CLINICA ODONTOLOGICA FANTON OREFICE LTDA**

Endereço: **RUA XV DE NOVEMBRO 22, SALA 7 - CENTRO - CEP: 18460000**

E-mail: **OTODENTDENTISTAS@HOTMAIL.COM**

Telefone: () Celular: ()

Município: **ITARARE** UF: **SP**

CNPJ/CPF: **78.738.101/0001-51** Inscrição Municipal: Insc.Estadual:
 Nome/Razão Social: **DENTAL UNI-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**
 Endereço: **RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET 197, - HAUER - CEP: 81630170**
 Email: Telefone:
 Município: **CURITIBA** UF: **PR**

Valor referente a prestação de serviços Odontológicos.

Código do Serviço: 04.12
Odontologia.

Base de Cálculo (R\$):		---	Alíquota Simples Nacional(%):	2,01	ISS (R\$):		---
I.R. (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

A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site <https://nfseitarare.gcaspp.com/autenticidade.aspx>
Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " **SIMPLES NACIONAL**"
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.

Local da Prestação = **ITARARE / SP - ISS Devido ao prestador**



Autenticidade

Recebi (emos) de: **CLINICA ODONTOLOGICA FANTON OREFICE LTDA**
Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00000249** - Série **ELETRONICA**
Condições de Pagamento: _____
Data de Recebimento: ____/____/____ Assinatura: _____