



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota
00000490

Data e Hora da Emissão
02/02/2024 15:17:08

Código de Verificação
CCA3.0499.3F31.BB2B.6A7C.4EEC.EB8C.FD53



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome / Razão Social: **PRO - SORRISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA**
CPF / CNPJ: **23.371.294/0001-63** Inscrição **2609393**
Endereço: **AVENIDA ROMULO MAIORANA Nº 700 EDIF:TORRE VITTA OFFICE,;SALA 911**
Município: **BELEM** UF: **PA**
Email: **pro-sorriso@hotmail.com** Telefone: **(82) 786857**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome / Razão Social: **CONSUMIDOR**
CPF/CNPJ: **78.738.101/0001-51**
Endereço: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA BAIRRO HAUER CEP 81630-170**
Município: **CURITIBA** UF: **PR**
Email: **daiane.lima@odontolifeodontologia.com.br** Telefone: **(41) 99146-9442**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADOS REF: AO MÊS 03/2023

Tributável	Serviços	QTDe	Val. Uni. (R\$)	Val. Total
SIM	SERVIÇOS PRESTADOS	1	183,40	183,40

PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 183,40

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 183,40	Alíquota:	Valor do ISS:
--	---------------------------------------	-----------	---------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

Competência: **02/2024**
Mun. de Prest. do Serviço: **BELEM / PA**
Tributação: **ISS Simples Nacional**
Mun. de Incid. do Imposto: **BELEM / PA**
Recolhimento: **ISS a recolher pelo Prestador**
Atividade: **863050400 - ATIVIDADE ODONTOLOGICA**
Serviço: **0412 - ODONTOLOGIA.**

Obrigação Tributária: **Simples Nacional**