

 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS			Número da Nota Fiscal 43		
			Série: E		
			Data Emissão: 04/07/2025		
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E			Certificação: AA868C797		
DADOS DO PRESTADOR					
Nome/Razão Social: CLINICA SHARON YEPEZ - ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA Nome Fantasia: CNPJ/CPF: 51.055.128/0001-93 Insc. Municipal: 166278 Insc. Estadual: Endereço: RUA JOAO CAETANO N°: 70 Bairro: ALCANTARA Compl.: SALA:507 Município: SÃO GONÇALO UF: RJ CEP: 24710-405 E-mail: sidcleymaldonado@gmail.com Telefone: 2185689579 País: BRASIL					
DADOS DO TOMADOR					
Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Municipal: 050525720 Insc. Estadual: Endereço: IRMÃ FLÁVIA BORLET N°: 197 Bairro: HAUER Compl.: Município: CURITIBA UF: PR CEP: 81630-170 E-mail: notafiscal@sorrisoassist.com.br Telefone: 4133711901 País: BRASIL Nif:					
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO					
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS REALIZADO NO MÊS DE MARÇO DE 2025 REGISTRO CLINICA CRO-RJ EPAO: 8067 CNES CLINICA SHARON YEPEZ - Nº 4814665 TOTAL DE TRIBUTOS NESTA NOTA IBPI - 6% - R\$15,10					
VALOR BRUTO DA NOTA			R\$ 251,70		
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 251,70	Alíquota: 1,8100%	Valor do ISS: R\$ 4,56
PIS: 0,00% R\$ 0,00	COFINS: 0,00% R\$ 0,00	INSS: 0,00% R\$ 0,00	IR: 0,00% R\$ 0,00	CSLL: 0,00% R\$ 0,00	Outras Retenções: R\$ 0,00
Valor Aproximado dos tributos R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 251,70
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO					
Atividade: 4.12 - Odontologia. (LC 116 - Item 4.12)					
OUTRAS INFORMAÇÕES					
Mês de Competência: 07/2025		Local do Recolhimento: SÃO GONÇALO/RJ		Data Geração: 04/07/2025 10:29:39	
CNAE: 8630504		Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) Empresa Optante do Simples Nacional			
Situação da Tributação: DEVIDO P/ PRESTADOR A SÃO GONÇALO Observações:					
Impresso em: 04/07/2025 às 10:29:50			O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.		
Recebi(emos) de: CLINICA SHARON YEPEZ - ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. _____ Data				NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 43 Certificação AA868C797	
Assinatura do Recebedor					