



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS - SEFIN**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Número da Nota <b>00000008</b>
Data e Hora de Emissão <b>22/07/2024 08:47:30</b>
Código de Verificação <b>3e298528</b>

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **CLARIDENT ODONTOLOGIA LTDA**

CPF/CNPJ: **50.703.153/0001-73**

Inscrição Municipal: **0035613600-4**

Endereço: **RUA PEDRO PAULO SOARES DE OLIVEIRA, Nº302 - BAIRRO NUCLEO HABITACIONAL UNIVERSITARIAS - CEP:79071-320**

Município: **CAMPO GRANDE**

UF: **MS**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

CPF/CNPJ: **78.738.101/0001-51**

Endereço: **RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, Nº197 - BAIRRO HAUER - CEP:81630-170**

Município: **CURITIBA**

UF: **PR** E-mail: **j\_e\_mayara@hotmail.com**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Descrição: SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.

Tributável SIM	Item SERVIÇOS PRESTADOS	Qtde 1	Unitário R\$ 339,00	Total R\$ 339,00

**DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL**

PIS (0,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (2,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b>	CSLL (2,0000%): <b>R\$ 0,00</b>
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 339,00**

Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo: <b>R\$ 339,00</b>	Alíquota: <b>2,20%</b>	Valor do ISS: <b>R\$ 7,45</b>
--	---------------------------------------	---------------------------	----------------------------------

Mês de Competência da Nota Fiscal: 07/2024  
Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR  
Prestador optante Simples Nacional e sua alíquota é 2,20%.  
CNAE: 863050400

Local da Prestação do Serviço: CAMPO GRANDE/MS  
Tributação: TRIBUTÁVEL S.N.

Descrição da Atividade: Atividade odontologica com recursos para realizaca

**OUTRAS INFORMAÇÕES**