



Data/Hora de Emissão: 22/01/2024 às 19:04:20

Código de Verificação: 087806315

### Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 43.262.749/0001-10 Inscrição Municipal: 223.227-0

Razão Social: DENTAL PLUS ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA

Endereço: AV DEODORO DA FONSECA, 454, SALA 04 , Cidade Alta, 59025-600

Município: NATAL UF: RN

Telefone: (84) 9660-1617 E-mail: DENTALPLUSODONTO@HOTMAIL.COM

### Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

CPF/CNPJ: 78.738.101/0001-51 Inscrição Municipal:

Endereço: RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, 197, SALA, HAUER, 81630-170

Município: CURITIBA UF: PR

Telefone: E-mail:

### Serviços

4.12 - ODONTOLOGIA.

Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	IMPORTE REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS À DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, RELATIVO À COMPETÊNCIA DE DATA DE CRÉDIO 31/12/2023, CUJO VALOR BRUTO R\$ 319,50 QUE ORA A DENTAL PLUS ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA PEDE RESSARCIMENTO.	1,0000	319,50	319,50

Valor Total da NFS-e R\$: 319,50

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
*, **	*, **	*, **	*, **	*, **

INSS (R\$) IRPJ (R\$) CSLL (R\$) COFINS (R\$) PIS/PASEP (R\$)

### Outras Informações

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.