



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
DEPARTAMENTO DE IMPOSTOS MOBILIÁRIOS
DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE IMPOSTOS MOBILIÁRIOS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



Número da Nota Fiscal

432

Série: E

Data Emissão: 22/11/2023

Certificação:
6C8A020DA

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **FATTO CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA LTDA**
Nome Fantasia: **FATTO CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA**
CNPJ/CPF: **47.845.269/0001-32** Insc. Municipal: **078532000**
Endereço: **R VINTE E CINCOA,**
Bairro: **VILA SANTA CECILIA**
Município: **VOLTA REDONDA**
E-mail: **constituciao@mastermaxcontabilidade.com.br**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **153**
Compl.: **SALA:301 E 302**
UF: **RJ** CEP: **27260-160**
Telefone: **2433257650**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**
CNPJ/CPF: **78.738.101/0001-51** Insc. Municipal:
Endereço: **RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET**
Bairro: **HAUER**
Município: **CURITIBA**
E-mail:
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **197**
Compl.:
UF: **PR** CEP: **81630-170**
Telefone:
Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Valor Tributável: R\$ 282,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA		R\$ 282,00	
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 282,00	Alíquota: 2,0100%	Valor do ISS: R\$ 5,67
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 Total de Impostos: 2,01%		VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 282,00	

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

Atividade: 4.12 - Odontologia.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **11/2023**
Recolhimento: **Sem Retenção**
CNAE: **8630504**

Local do Recolhimento: **VOLTA REDONDA/RJ**
Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
Empresa Optante do Simples Nacional

Data Geração: **22/11/2023 14:45:50**

Observações:

Impresso em: 22/11/2023 às 14:45:58

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: FATTO CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA LTDA Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. ____ / ____ / Data _____	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 432 Certificação 6C8A020DA
---	--