

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 25/09/2023 LOCAL DO SERVIÇO: LIMEIRA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - RPS: -

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
CLINICA ODONTOLOGICA PRATES & EUPHROSINO LTDA ME
NOME FANTASIA:
AMPLA ODONTOLOGIA INTEGRADA
ENDEREÇO:
RUA JOSÉ GALZERANO, 346 - JARDIM DO LAGO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
26.413.049/0001-60
MUNICÍPIO:
LIMEIRA - SP - BRASIL
TELEFONE:
(19) 9838-42494

INSC.MUNICIPAL:
61818
CEP:
13481-605
E-MAIL:
duortec@yahoo.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
INSC.ESTADUAL:
REGIME ESPECIAL:
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
ENDEREÇO:
RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, 197 - HAUER
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ/NIF:
78.738.101/0001-51
MUNICÍPIO:
CURITIBA - PR
TELEFONE:
() -

CEP:
81630-170
E-MAIL:
faturamento@odontolifeodontologia.com.br
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.12 | Odontologia.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO POR CONTA DE TERCEIROS.

***** FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 374,40
PIS..... R\$ 0,00	Alíquota do ISS 2,01 %	Base de Cálculo.....	R\$ 374,40
COFINS..... R\$ 0,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 7,53
CSLL..... R\$ 0,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	VALOR LÍQUIDO.....	R\$ 374,40

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 50,36 Federal e 7,97 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 6042E8

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA - SP.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://www.limeira.sp.gov.br> com a utilização do Código de Verificação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
- SP
Série | Número NFS-e
NFS | 00929
Data da Emissão
25/09/2023 08:34:12
Código de Verificação
D56666727

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: **CLINICA ODONTOLOGICA PRATES & EUPHROSINO LTDA ME**

Identificação do recebedor

Data do recebimento