



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS



Número da Nota Fiscal
1096

Série: **E**

Data Emissão: **21/06/2021**

Certificação:
9F713F1EB

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **CLINICA ODONTOLOGICA BAARS LTDA**
Nome Fantasia: **CLINICA ODONTOLOGICA BAARS LTDA**
CNPJ/CPF: **08.689.712/0001-71** Insc. Municipal: **93983**
Endereço: **DOUTOR GETULIO VARGAS**
Bairro: **SANTA CATARINA**
Município: **SÃO GONÇALO**
E-mail: **odontobaars@gmail.com**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **2888**
Compl.:
UF: **RJ** CEP: **24416-000**
Telefone: **2126051717**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**
CNPJ/CPF: **78.738.101/0001-51**
Endereço: **IRMÃ FLÁVIA BORLET**
Bairro: **HAUER**
Município: **CURITIBA**
E-mail: **notafiscal@sorrisoassist.com.br**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **197**
Compl.:
UF: **PR** CEP: **81630-170**
Telefone: **2140038586**
Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADOS EM ODONTOLOGIA
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
REFERENTE À COMPETÊNCIA: JULHO 2020

VALOR BRUTO DA NOTA

R\$ 398,16

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 398,16	Alíquota: 3,0000%	Valor do ISS: R\$ 11,94
PIS: 0,0000% R\$ 0,00	COFINS: 0,0000% R\$ 0,00	INSS: 0,0000% R\$ 0,00	IR: 0,0000% R\$ 0,00	CSLL: 0,0000% R\$ 0,00	Outras Retenções: R\$ 0,00

Valor Aproximado dos tributos R\$ 0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA

R\$ 398,16

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

Atividade: 4.12 - Odontologia. (LC 116 - Item 4.12)

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **06/2021** Local do Recolhimento: **SÃO GONÇALO/RJ** Data Geração: **21/06/2021 16:21:15**
Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8630504** Empresa Optante do Simples Nacional

Situação da Tributação: **DEVIDO P/ PRESTADOR A SÃO GONÇALO**
Observações:

Impresso em: 21/06/2021 às 16:21:58

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

Recebi(emos) de: **CLINICA ODONTOLOGICA BAARS LTDA**
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 1096
Certificação
9F713F1EB