PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Número da Nota Fiscal **1695**

Série: **E**

Data Emissão: **24/11/2020**

Certificação: **5674B7365**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **SORRINDO MAIS LTDA - ME**
Nome Fantasia: **CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS**
CNPJ/CPF: **24.084.251/0001-60** Insc. Municipal: **126086** Insc. Estadual:
Endereço: **RUA GIANELI** N°: **200**
Bairro: **VILA IARA** Compl.: **AP 101 PARTE**
Municipio: **SÃO GONÇALO** UF: **RJ** CEP: **24465-000**
E-mail: **joseeduardorp13@gmail.com** Telefone: **2138572818**
País: **BRASIL**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**
CNPJ/CPF: **78.738.101/0001-51** Insc. Estadual:
Endereço: **IRMÃ FLÁVIA BORLET** N°: **197**
Bairro: **HAUER** Compl.:
Municipio: **CURITIBA** UF: **PR** CEP: **81630-170**
E-mail: **faturamento@odontolifeodontologia.com.br** Telefone: **4198066261**
País: **BRASIL** Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

VALOR BRUTO DA NOTA	**R$ 761,70**

Valor Total das Deduções:	Desconto Incondicionado:	Desconto Condicionado:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor do ISS:
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 761,70**	**3,2200%**	**R$ 24,53**
PIS: 0,000% **R$ 0,00**	COFINS: 0,000% **R$ 0,00**	INSS: 0,000% **R$ 0,00**	IR: 0,000% **R$ 0,00**	CSLL: 0,000% **R$ 0,00**	Outras Retenções: **R$ 0,00**

Valor Aproximado dos tributos R$ 24,52674 (IBPT)

VALOR LÍQUIDO DA NOTA	**R$ 761,70**

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **11/2020** Local do Recolhimento: **SÃO GONÇALO/RJ** Data Geração: **24/11/2020 15:29:33**
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: 24/11/2020 às 15:29:43

Recebi(emos) de: SORRINDO MAIS LTDA - ME
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____ _____
Data Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 1695

Certificação
5674B7365