



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **C & F IMAGEM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA S/C**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **03.957.908/0001-86**
Endereço: **RUA DOUTOR ALFREDO BACKER**
Bairro: **ALCANTARA**
Município: **SÃO GONÇALO**
E-mail: **cefimagem@hotmail.com**
País: **BRASIL**

Insc. Municipal: **81606**

Insc. Estadual:

Nº: **0**Compl.: **S/ 216**UF: **RJ** CEP: **24710-395**Telefone: **2126015687**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA - ME**
CNPJ/CPF: **01.468.033/0001-23**
Endereço: **VINTE E QUATRO DE MAIO**
Bairro: **CENTRO**
Município: **CURITIBA**
E-mail:
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:

Nº: **1365**Compl.: **LOJA 01 ANDAR TERREO**UF: **PR** CEP: **80230-080**

Telefone:

Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS A CLINICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA.

VALOR BRUTO DA NOTA

R\$ 120,00

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 120,00	Alíquota: 2,1800%	Valor do ISS: R\$ 2,62
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\$ 0,00**

VALOR LÍQUIDO DA NOTA

R\$ 120,00

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

Atividade: 4.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. (LC 116 - Item 4.02)

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **06/2022** Local da Prestação: **SÃO GONÇALO/RJ** Data Geração: **27/06/2022 11:37:54**
Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8640205** Empresa Optante do Simples Nacional

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

Observações:

Impresso em: 27/06/2022 às 12:18:14

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

Recebi(emos) de: **C & F IMAGEM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA S/C**
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: **3772**

____ / ____ / ____
Data

Assinatura do Recebedor

Certificação
7E87C9284