

SÉRIE: NFS COMPETÊNCIA: 21/05/2021 LOCAL DO SERVIÇO: LIMEIRA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

DE CARLI CLINICA ODONTOLOGICA E ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

NOME FANTASIA:

DE CARLI CLINICA ODONTOLOGICA E ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

ENDEREÇO:

TREZE DE MAIO, 00257 - CENTRO

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

07.419.533/0001-51

MUNICÍPIO:

LIMEIRA - SP - BRASIL

TELEFONE:

(19) 3451-0983

INSC.MUNICIPAL:

12232

CEP:

13.480-000

E-MAIL:

nfse@contilex.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

INSC. ESTADUAL:

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

DENTAL UNI ODONTOLÓGICA

ENDEREÇO:

RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, 197 - HAUER

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

78.738.101/0001-51

MUNICÍPIO:

CURITIBA - PR

TELEFONE:

() -

INSC.MUNICIPAL:

0

CEP:

81.630-170

E-MAIL:

faturamento@odontolifeodontologia.com.br

INSC. ESTADUAL

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.21 | Unidade de atendimento, assistência ou tratamento móvel e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTAO ODONTOLOGICO

***** FIM

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 0,00

COFINS..... R\$ 0,00

IR..... R\$ 0,00

INSS..... R\$ 0,00

CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS

Alíquota do ISS 2,37 %

Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00

Desconto Condicionado..... R\$ 0,00

Outras Retenções..... R\$ 0,00

Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO.....

Base de Cálculo..... R\$ 716,52

Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00

Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00

Valor do ISS..... R\$ 16,98

VALOR LÍQUIDO..... R\$ 716,52

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R\$: 96,37 Federal e 15,41 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 397927

OUTRAS INFORMAÇÕES



1 - Responsável Tributário: (X)Prestador ()Tomador.

2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de LIMEIRA.

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.



Série | Número NFS-e

NFS | 00319

Data da Emissão

21/05/2021 14:32:35

Código de Verificação

1FAE0FFEF

Recebi a NFS-e emitida pelo prestador: DE CARLI CLINICA ODONTOLOGICA E ODONTOLOGIA DOMICILIAR LTDA

Identificação do recebedor

Data do recebimento