

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA</b><br><b>SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Número da Nota Fiscal<br><b>309</b><br>Série: <b>E</b><br>Data Emissão: <b>21/10/2021</b><br>Certificação:<br><b>8C2694DDC</b> |
| <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |                                                                                                                                |
| <b>DADOS DO PRESTADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                                                                |
| Nome/Razão Social: <b>CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA</b><br>Nome Fantasia: <b>CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA</b><br>CNPJ/CPF: <b>34.426.503/0001-45</b> Insc. Municipal: <b>138895</b> Insc. Estadual: <b>00000000000000000000</b><br>Endereço: <b>RUA ANTONIO ALVES</b> N°: <b>29</b><br>Bairro: <b>ALCANTARA</b> Compl.: <b>SALA 101 E SALA 102</b><br>Município: <b>SÃO GONÇALO</b> UF: <b>RJ</b> CEP: <b>24710-390</b><br>E-mail: <b>cmodontologiaintegra@gmail.com</b> Telefone: <b>2127016118</b><br>País: <b>BRASIL</b> |                                                                                   |                                                                                                                                |
| <b>DADOS DO TOMADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |                                                                                                                                |
| Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA</b><br>CNPJ/CPF: <b>78.738.101/0001-51</b> Insc. Estadual:<br>Endereço: <b>IRMÃ FLÁVIA BORLET</b> N°: <b>197</b><br>Bairro: <b>HAUER</b> Compl.:<br>Município: <b>CURITIBA</b> UF: <b>PR</b> CEP: <b>81630-170</b><br>E-mail: <b>notafiscal@sorrisoassist.com.br</b> Telefone: <b>1188888888</b><br>País: <b>BRASIL</b> Nif:                                                                                                                                       |                                                                                   |                                                                                                                                |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                                                                                                                |
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS REFERENTE 10-2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                   |                                                                                                                                |

|                                                                                                                 |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>VALOR BRUTO DA NOTA</b>                                                                                      |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 | <b>R\$ 281,75</b>                    |
| Valor Total das Deduções:<br><b>R\$ 0,00</b>                                                                    | Desconto Incondicionado:<br><b>R\$ 0,00</b>                                                                          | Desconto Condicionado:<br><b>R\$ 0,00</b> | Base de Cálculo:<br><b>R\$ 281,75</b>    | Alíquota:<br><b>2,0000%</b>     | Valor do ISS:<br><b>R\$ 5,64</b>     |
| PIS: 0,000%<br><b>R\$ 0,00</b>                                                                                  | COFINS: 0,000%<br><b>R\$ 0,00</b>                                                                                    | INSS: 0,000%<br><b>R\$ 0,00</b>           | IR: 0,000%<br><b>R\$ 0,00</b>            | CSLL: 0,000%<br><b>R\$ 0,00</b> | Outras Retenções:<br><b>R\$ 0,00</b> |
| Valor Aproximado dos tributos R\$ 0,00                                                                          |                                                                                                                      |                                           | <b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA</b>             |                                 | <b>R\$ 281,75</b>                    |
| <b>ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO</b>                                                                                 |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |
| Atividade: 4.12 - Odontologia. (LC 116 - Item 4.12)                                                             |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                       |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |
| Mês de Competência: <b>10/2021</b>                                                                              | Local da Prestação: <b>SÃO GONÇALO/RJ</b>                                                                            |                                           | Data Geração: <b>21/10/2021 20:47:53</b> |                                 |                                      |
| CNAE: <b>8630504</b>                                                                                            | Tributação: <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)</b><br><b>Empresa Optante do Simples Nacional</b> |                                           |                                          |                                 |                                      |
| Situação da Tributação: <b>DEVIDO P/ PRESTADOR A SÃO GONÇALO</b>                                                |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |
| Observações:                                                                                                    |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |
| Impresso em: 21/10/2021 às 20:47:59 O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor. |                                                                                                                      |                                           |                                          |                                 |                                      |

|                                                                                                                                                            |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Recebi(emos) de: <b>CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA</b><br>Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.<br><br>_____/_____/_____<br>Data | <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b><br>Número: 309<br>Certificação<br>8C2694DDC |
| Assinatura do Recebedor                                                                                                                                    |                                                                                       |