
	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO					Número da Nota Fiscal	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA					242	
	SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS					Série: E	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E					Data Emissão: 16/09/2024	
DADOS DO PRESTADOR						Certificação: B99FC8A5A	
<p>Nome/Razão Social: LUIZA BELO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA Nome Fantasia: CNPJ/CPF: 39.907.801/0001-70      Insc. Municipal: 144046      Insc. Estadual: N°: 735 Endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY      Compl.: SALA 516 Bairro: ESTRELA DO NORTE      UF: RJ      CEP: 24445-795 Município: SÃO GONÇALO      E-mail: debora.santos@souzaesouzacontabilidade.com.br      Telefone: 21990804308 País: BRASIL</p>							
DADOS DO TOMADOR							
<p>Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51      Insc. Estadual: N°: 197 Endereço: IRMÃ FLÁVIA BORLET      Compl.: Bairro: HAUER      UF: PR      CEP: 81630-170 Município: CURITIBA      E-mail: notafiscal@sorrisoassist.com.br      Telefone: 4140072525 País: BRASIL      Nif:</p>							
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO							
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PRESTADOS.							
VALOR BRUTO DA NOTA					R\$ 53,40		
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\$ 53,40	2,0100%	R\$ 1,07		
PIS: 0,00%	COFINS: 0,00%	INSS: 0,00%	IR: 0,00%	CSLL: 0,00%	Outras Retenções:		
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		
Valor Aproximado dos tributos R\$ 3,204 (IBPT)			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 53,40		
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO							
Atividade: 4.12 - Odontologia. (LC 116 - Item 4.12)							
OUTRAS INFORMAÇÕES							
Mês de Competência: 09/2024		Local do Recolhimento: SÃO GONÇALO/RJ		Data Geração: 16/09/2024 11:25:18			
CNAE: 8630504		Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)				Empresa Optante do Simples Nacional	
Situação da Tributação: DEVIDO P/ PRESTADOR A SÃO GONÇALO							
Observações:							
Impresso em: 16/09/2024 às 11:25:22						O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.	
Recebi(emos) de: LUIZA BELO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.				NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA			
_____/_____/_____ Data				Número: 242			
_____ Assinatura do Recebedor				Certificação B99FC8A5A			