



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador



Data e Hora de Emissão da NFS-e
17/04/2024 12:10:33

Competência da NFS-e
04/2024

DADOS DA NFS-e

Número / Série

44 / U

Código de Verificação
IusoBWg4m

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:
45.841.176/0001-04
Nome/Razão Social:
ELIZANGELA CARNEIRO DE OLIVEIRA FERNANDEZ
Endereço: RUA OCTAVIANO GOZZANO 216 SALA:35A PARQUE CAMPOLIM

Inscrição Municipal:
402823
E-mail:
FREITAS@RBFCONTABILIDADE.COM.BR

Município / País:
SOROCABA / BRASIL
UF: **SP** CEP: **18048-100** Telefone: **(15) 3326-1780**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:
78.738.101/0001-51
Nome/Razão Social:
DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA
Endereço: RUA IRMA FLAVIA BORLET 197 HAUER

Inscrição Municipal:
E-mail:

Município / País:
CURITIBA / BRASIL
UF: **PR** CEP: **81630-170** Telefone:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS ODONTOLOGICOS

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **863050400 - ATIVIDADE ODONTOLOGICA COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS**

Serviço: **0412 - ODONTOLOGIA.**

Município da Incidência do ISSQN SOROCABA	Município / País da Prestação do Serviço SOROCABA	Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN Exigível	Situação do prestador perante o Simples Nacional OPTANTE	Regime especial de tributação do ISSQN Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$) 74,20	Deduções (R\$) 0,00	Desc. Incondicionado (R\$) 0,00	Base Cálculo ISSQN (R\$) *****	Alíquota *****	Valor ISSQN *****
-------------------------------------	-------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------	----------------------

RETENÇÕES					
ISSQN (R\$) 0,00	IRRF (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	INSS (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$) 74,20	Retenções (R\$) 0,00	Descontos (R\$) 0,00	Valor Líquido (R\$) 74,20
--	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:
Número da nota fiscal substituída:

Código da Obra:
Regra especial: