



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS



Número da Nota Fiscal
202

Série: **E**

Data Emissão: **25/04/2021**

Certificação:
OCC53AE69

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA**
Nome Fantasia: **CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA**
CNPJ/CPF: **34.426.503/0001-45** Insc. Municipal: **138895**
Endereço: **RUA ANTONIO ALVES**
Bairro: **ALCANTARA**
Município: **SÃO GONÇALO**
E-mail: **cmodontologiaintegra@gmail.com**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual: **00000000000000000000**
Nº: **29**
Compl.: **SALA 101 E SALA 102**
UF: **RJ** CEP: **24710-390**
Telefone: **2127016118**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**
CNPJ/CPF: **78.738.101/0001-51**
Endereço: **IRMÃ FLÁVIA BORLET**
Bairro: **HAUER**
Município: **CURITIBA**
E-mail: **notafiscal@sorrisoassist.com.br**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **197**
Compl.:
UF: **PR** CEP: **81630-170**
Telefone:
Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS REFERENTE 04-2021

VALOR BRUTO DA NOTA R\$ 941,50

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 941,50	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 18,83
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\$ 941,50

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

Atividade: 4.12 - Odontologia. (LC 116 - Item 4.12)

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **04/2021** Local do Recolhimento: **SÃO GONÇALO/RJ** Data Geração: **25/04/2021 12:01:59**
Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8630504** Empresa Optante do Simples Nacional

Nº RPS: **207**
Série RPS: **E**

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

Impresso em: 25/04/2021 às 12:02:19

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

Recebi(emos) de: **CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA**
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 202
Certificação
OCC53AE69