



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS

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**
Endereço: **RUA ANTONIO ALVES**
Bairro: **ALCANTARA**
Município: **SÃO GONÇALO**
E-mail: **cmodontologiaintegra@gmail.com**
País: **BRASIL**

Insc. Municipal: **138895**

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

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA - ME**
CNPJ/CPF: **01.468.033/0001-23**
Endereço: **VINTE E QUATRO DE MAIO**
Bairro: **CENTRO**
Município: **CURITIBA**
E-mail: **faturamento@odontolifeodontologia.com.br**
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:
Nº: **1365**
Compl.: **LOJA 01 ANDAR TERREO**
UF: **PR** CEP: **80230-080**
Telefone: **1123222222**
Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE COMPETÊNCIA 08-2022

VALOR BRUTO DA NOTA

R\$ 184,80

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 184,80	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 3,70
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\$ 184,80

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **08/2022** Local da Prestação: **SÃO GONÇALO/RJ** Data Geração: **23/08/2022 10:20:03**
Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8630504** Empresa Optante do Simples Nacional

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

Impresso em: 23/08/2022 às 10:20:15

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: **515**

Certificação
106B4BB53