



Data/Hora de Emissão: 22/01/2024 às 18:57:50

Código de Verificação: 521164946

Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 43.262.749/0001-10 Inscrição Municipal: 223.227-0

Razão Social: DENTAL PLUS ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA

Endereço: AV DEODORO DA FONSECA, 454, SALA 04 , Cidade Alta, 59025-600

Município: NATAL UF: RN

Telefone: (84) 9660-1617 E-mail: DENTALPLUSODONTO@HOTMAIL.COM

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

CPF/CNPJ: 78.738.101/0001-51 Inscrição Municipal:

Endereço: RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, 197, SALA, HAUER, 81630-170

Município: CURITIBA UF: PR

Telefone: E-mail:

Serviços

4.12 - ODONTOLOGIA.

Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	IMPORTE REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS À DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, REFERENTE À COMPETÊNCIA NOVEMBRO/2023(DATA DE CRÉDITO 30/11/2023), CUJO VALOR BRUTO R\$ 253,20, QUE ORA A DENTAL PLUS ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA PEDE RESSARCIMENTO.	1,0000	253,20	253,20

Valor Total da NFS-e R\$: 253,20

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
*, **	*, **	*, **	*, **	*, **
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.