



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOTORANTIM

Secretaria de Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
695

Data de Emissão
24/05/2022

Data e Hora da
Competência
24/05/2022 às 11:16:24

Código de Verificação
9944-6343-6482

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 12.056.005/0001-15 Cód. Mobiliário 17791 Insc. Mun. 17791
Nome CLINICA ODONTOLOGICA E FISIOTERAPIA PINHEIRO XAVIER LTDA ME
Logradouro RUA-CELESTINO SOARES Número 40
Bairro JARDIM KAROLYNE CEP 18110-654
Município VOTORANTIM UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 01.468.033/0001-23 RG/IE
Inscrição Mun.
Nome ODONTOLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS
E-mail
Inf. Comp.
Logradouro -RUA 24 DE MAIO, 1365 Número
Bairro REBOUÇAS CEP 80230-080
Município CURITIBA UF PR
Complemento País

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Total
1	SERVIÇOS	195,0000	1,00	0,00	195,00

Valor Total dos Serviços - **RS195,00**

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE MÊS FEV 2022

TRIBUTOS

PIS (RS) COFINS (RS) INSS (RS) IR (RS) CSLL (RS) Outras Retenções (RS) Outros Tributos (RS)

VALOR TOTAL DA NOTA = RS 195,00

Atividade

04.12-ODONTOLOGIA;

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal

Normal

Dedução de Materiais

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Alíquota (%)

5,0000

Base de Cálculo (R\$)

195,00

Vlr. Total das Deduções (R\$)

0,00

Vlr. Total Retido (R\$)

0,00

Vlr. do ISS (R\$)

9,75

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = RS 195,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

Nota Fiscal emitida com fundamento na Lei 1602/2001 (Código Tributário Municipal) e Decreto nº 5543/2019.



Recebi(emos) do Prestador: CLINICA ODONTOLOGICA E FISIOTERAPIA PINHEIRO XAVIER LTDA ME CNPJ: 12.056.005/0001-15

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 695 emitida em 24/05/2022 às 11:16:24 - Cód Verif 9944-6343-6482

Condições de Pagamento: Vencimento: 24/05/2022 Valor Total R\$ 195,00 Valor Líquido R\$ 195,00

Ass: _____ em ____/____/____.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura