

Município: **São Paulo**

UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA**

CPF/CNPJ: **78.738.101/0001-51**

Inscrição Municipal: ----

Endereço: **R Irmã Flávia Borlet 197 - Hauer - CEP: 81630-170**

Município: **Curitiba**

UF: **PR**

E-mail: -----

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS RADIOLOGICOS

VALOR TOTAL DA NFS 215,28 * 13,45% = 28,95 VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS FEDERAIS CONFORME TABELA IBPT.

VALOR TOTAL DA NFS 215,28 * 3,30% = 7,10

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS MUNICIPAIS CONFORME TABELA IBPT

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 215,28

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04140 - Radiot., quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço -		Número Inscrição da Obra -	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte -	

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;