

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO					Número da Nota Fiscal	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA					629	
	SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS					Série: E	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E					Data Emissão: 23/02/2023	
DADOS DO PRESTADOR						Certificação: 148568B19	
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 Insc. Estadual: 00000000000000000000 Bairro: ALCANTARA N°: 29 Município: SÃO GONÇALO Compl.: SALA 101 E SALA 102 E-mail: cmodontologiaintegra@gmail.com UF: RJ CEP: 24710-390 País: BRASIL Telefone: 2127016118							
DADOS DO TOMADOR							
Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Estadual: Endereço: IRMÃ FLÁVIA BORLET N°: 197 Bairro: HAUER Compl.: Município: CURITIBA UF: PR CEP: 81630-170 E-mail: notafiscal@sorrisoassist.com.br Telefone: 1140222222 País: BRASIL Nif:							
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO							
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS REFERENTE MÊS 01-2023							
VALOR BRUTO DA NOTA					R\$ 344,05		
Valor Total das Deduções:	Desconto Incondicionado:	Desconto Condicionado:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor do ISS:		
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 344,05	2,0000%	R\$ 6,88		
PIS: 0,000%	COFINS: 0,000%	INSS: 0,000%	IR: 0,000%	CSLL: 0,000%	Outras Retenções:		
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		
Valor Aproximado dos tributos R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 344,05		
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO							
Atividade: 4.12 - Odontologia. (LC 116 - Item 4.12)							
OUTRAS INFORMAÇÕES							
Mês de Competência: 02/2023		Local do Recolhimento: SÃO GONÇALO/RJ		Data Geração: 23/02/2023 08:50:18			
CNAE: 8630504		Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)					
		Empresa Optante do Simples Nacional					
Situação da Tributação: DEVIDO P/ PRESTADOR A SÃO GONÇALO							
Observações:							
Impresso em: 19/06/2023 às 19:02:25						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					NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 629 Certificação 148568B19		
Assinatura do Recebedor							