



PREFEITURA DE SÃO LUÍS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota

00000141

Data e Hora da Emissão

20/03/2025 13:23:35

Código de Verificação

6131.2873.8D76.484C.D8A7.A4F3.4581.6535

CERTIFICADO

1020250092126869



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome / Razão Social: **CLINICA DENTARIA SAO PANTALEAO LTDA**

CPF / CNPJ: **45.656.941/0001-16**

Inscrição Municipal: **3682411661**

Endereço: **R DE SAO PANTALEAO 20 - BAIRRO CENTRO - CEP: 65015460**

Município: **SAO LUIS**

UF: **MA**

Email: **dentalsp22@gmail.com**

Telefone: **(98) 85758863**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome / Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

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

Inscrição Municipal:

Endereço: **R R IRMA FLAVIA BORLET 197 - BAIRRO HAUER - CEP: 81630170**

Município: **CURITIBA**

UF: **PR**

Email: **notafiscal@sorrisoassist.com.br**

Telefone: **(41) 33711900**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:

Tipo do Item	Item	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
TRIBUTÁVEL	SERVIÇOS ODONTOLOGICOS	1	83,40	83,40

PIS (0,0000%):

R\$ 0,00

COFINS (0,0000%):

R\$ 0,00

INSS (0,0000%):

R\$ 0,00

IR (0,0000%):

R\$ 0,00

CSLL (0,0000%):

R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 83,40

Valor Total Composição:

R\$ 0,00

Valor Total Deduções:

R\$ 0,00

Base Cálculo:

R\$ 83,40

Alíquota:

2,00%

Valor ISS:

R\$ 1,67

OUTRAS INFORMAÇÕES

Descrição NBS:

Local de Incidência Imposto: **Estabelecimento do Prestador**

Tributação: **TRIBUTÁVEL S.N.**

Mês de

03/2025

Local de Prestação do **SAO LUIS / MA**

Recolhimento: **PRÓPRIO**

Atividade: **863050400 - ATIVIDADE ODONTOLOGICA**

Serviço: **0412 - ODONTOLOGIA.**