

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO					Número da Nota Fiscal	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA					4167	
	SUBSECRETARIA DE TRIBUTOS					Série: E	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E					Data Emissão: 20/05/2024	
DADOS DO PRESTADOR						Certificação: 9FAC8EFF9	
Nome/Razão Social: C & F IMAGEM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA S/C Nome Fantasia: CNPJ/CPF: 03.957.908/0001-86 Insc. Municipal: 81606 Insc. Estadual: N°: 0 Endereço: RUA DOUTOR ALFREDO BACKER Compl.: S/ 216 Bairro: ALCANTARA UF: RJ CEP: 24710-395 Município: SÃO GONÇALO Telefone: 2126015687 E-mail: cefimagem@hotmail.com País: BRASIL							
DADOS DO TOMADOR							
Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Estadual: N°: 197 Endereço: IRMÃ FLÁVIA BORLET Compl.: UF: PR CEP: 81630-170 Bairro: HAUER Telefone: Nif: Município: CURITIBA E-mail: País: BRASIL							
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO							
REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS A CLÍNICA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA.							
VALOR BRUTO DA NOTA					R\$ 31,20		
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\$ 31,20	2,1500%	R\$ 0,67		
PIS: 0,00%	COFINS: 0,00%	INSS: 0,00%	IR: 0,00%	CSLL: 0,00%	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\$ 31,20		
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO							
Atividade: 4.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. (LC 116 - Item 4.02)							
OUTRAS INFORMAÇÕES							
Mês de Competência: 05/2024		Local do Recolhimento: SÃO GONÇALO/RJ		Data Geração: 20/05/2024 16:07:07			
CNAE: 8640205		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: 20/05/2024 às 16:07:13		O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.					
Recebi(emos) de: C & F IMAGEM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA S/C Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.				NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 4167 Certificação 9FAC8EFF9			
_____/_____/_____ Data				_____ Assinatura do Recebedor			