



PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ **06.175.362/0001-08**
 Nome/Razão Social **CLINICA RADIOLOGIKA ORAL LTDA**
 Endereço **R POUSO ALTO N.425 QD.109 LT.11**
 Bairro **SET CAMPINAS**
 Município **GOIÂNIA- GO CEP 74525020** Telefone (62) 2339090

Inscrição Municipal **2143771**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA**
 CPF/CNPJ **78.738.101/0001-51**
 Endereço **RUAIRMAFLAVIABORLET N. 197**
 Bairro **HAUER**
 Município **CURITIBA- PR CEP 81630170**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVICOS PRESTADOS EM RADIOLOGIAODONTOLOGICA
 REFERENCIAMES 08 DE 2024

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 863050400

Atividade odontologica

Retenções Federais	PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00
Demonstrativo					
Valor dos Serviços	R\$ 1.555,74		Valor dos Serviços	R\$ 1.555,74	
(-) Desconto Incondicionado	R\$ 0,00		(-) Desconto Incondicionado	R\$ 0,00	
(-) Retenções Federais	R\$ 0,00		(=) Valor da Nota	R\$ 1.555,74	
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R\$ 0,00		(-) Deduções	R\$ 0,00	
(=) Valor Líquido	R\$ 1.555,74		(=) Base de Cálculo	R\$ 1.555,74	
Serviço prestado em GOIÂNIA-GO		Imposto devido em GOIÂNIA-GO	(x) Alíquota % 2,35		
Valor dos Serviços R\$ 1.555,74		Desconto R\$ 0,00	(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R\$ 0,00	
					Valor da Nota R\$ 1.555,74

Informações Importantes:

- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em www.goiania.go.gov.br.

Usuário: 1