



| | | |
|---|---|---|
|  | PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO Av. Porto Alegre, 2525 - Centro, Sorriso - MT, 78890-900 CNPJ 03.239.076/0001-62 | Nota fiscal de serviço eletrônico - NFS-e Número do documento 2989 |
|---|---|---|

| | |
|---|--|
|  | ALTA MEDICINA E SEGURANCA OCUPACIONAL Razão social: ALTA MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO EIRELI CPF/CNPJ: 13.973.577/0001-21 Inscrição Municipal: 8200 Avenida: BRASIL, 2174 - CENTRO - SORRISO - MT - CEP: 78890-000 Telefone: (66)3545-0026 E-mail: financeiro@altamedseg.com.br Natureza da operação: Prestação de serviço |
|---|--|

| | | | |
|---|--|--|---|
| Identificação da nota fiscal de serviço eletrônica | | | |
| Exigibilidade do ISSQN Exigível | Data/hora de emissão da NFS-e 10/06/2021 - 16:59:17 | Código de autenticidade 32d6 4594 b1cb 7161 2305 9428 a6d0 680b |  |
| Número do RPS 2438 | Data de emissão do RPS 10/06/2021 | Série do RPS NFSe | |
| Número da NFS-e substituída | Data emissão da NFS-e substituída | Número do processo / lei | |
| Município de incidência do ISSQN | SORRISO - MT | | |

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <http://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade>

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------|---|---|
| Dados do tomador dos serviços | | | |
| CPF/CNPJ 18.578.795/0001-85 | Inscrição estadual | Inscrição municipal 10542 | Nome / razão social SPE G6 EMPREENDIMENTO IMOBILIARIO LTDA |
| Endereço - R 08 | Número 6690 | Complemento QUADRA21 LOTE 01 SALA 02 | Bairro RESIDENCIAL JARDIM DOS IPES |
| Cidade / UF SORRISO - MT | CEP 78890-000 | Telefone 6332263200 | E-mail amanda.sousa@fixurbanismo.com.br |

| | |
|--|--------------------|
| Serviços prestados | |
| Atividade econômica municipal 1.8630502 - Atividade medica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares | Alíquota 5,00 % |

| | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Descrição do serviço Atividade medica ambulatorial restrita a consultas | | | | | | |
| Item da LC 116 4.01 | Código CNAE 86.3.0-5.02 | Quantidade 1,00000 | Valor unitário do serviço R\$500,00 | Valor bruto do serviço R\$500,00 | Valor de desconto R\$0,00 | Valor líquido do serviço R\$500,00 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| Retenções de impostos | | | | | | |
| PIS R\$3,25 | COFINS R\$15,00 | INSS R\$0,00 | IRRF R\$0,00 | CSLL R\$5,00 | Outras retenções R\$0,00 | ISSQN R\$25,00 |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--|----------------------|--|
| Resumo geral | | | | | | |
| Valor total dos serviços R\$500,00 | Valor dos descontos R\$0,00 | Valor das retenções R\$48,25 | Valor líquido R\$451,75 | Valor da dedução construção civil R\$0,00 | | |
| Valor base de cálculo ISSQN R\$500,00 | % alíquota do ISSQN 5,00 | Valor total do ISSQN R\$25,00 | % abatimento 0,00 | Valor ISSQN a recolher R\$25,00 | ISSQN retido? Sim | |

| |
|----------------------------|
| Observações |
| Informações complementares |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> NÃO POSSUI RETENÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ISSRF <input type="checkbox"/> IRRF <input checked="" type="checkbox"/> LEI Nº 10 833(PISICOFINS/CSLL) <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> OUTROS LIQ PAGAR R\$ 451,75 RESPONSÁVEL: <i>[Assinatura]</i> |
|--|

| | | |
|--|--|---|
| Protocolo de entrega da nota fiscal de serviço eletrônica | | Nota fiscal de serviço eletrônico - NFS-e 2989  |
| Exigibilidade do ISSQN: Exigível | Data/hora de emissão da NFS-e: 10/06/2021 - 16:59:17 | |
| Recebi(emos) de ALTA MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO EIRELI todos os serviços relacionados nesta nota fiscal de serviço eletrônica. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> / / Data </div> <div> _____ Nome e número do CPF do Recebedor </div> </div> | | |
| Código de autenticidade:  | | |

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <http://prefsorriso-mt.agilicloud.com.br/portal/sorriso/#/autenticidade>