



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASSILÂNDIA
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

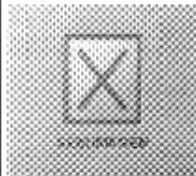
Número da Nota
3285

Data Real da Nota
28/09/2016

Data e Hora da Emissão
28/09/2016 às 14:45:47

Código de Verificação
8415-2519-9032

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 03.365.372/0001-00 **Cód. Mobiliário** 2250 **Insc. Mun.** 2250
Nome 7921-VALE DO APORE EMPREENDIMENTOS TURISTICOS LTDA
Logradouro RUA-SEBASTIÃO LEAL **Número** 01103
Bairro CENTRO **CEP** 79540-000
Município CASSILÂNDIA **UF** MS

Autenticação



Optante Simples Sim
Telefones : (87) 3596 - 2828
E-Mail's : valecaporehotel@yahoo.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 002.633.828-93 **RG** 2000000
 0 **Cód. Mobiliário** 0
 116411-DAGOBERTO NOGUEIRA FILHO
Logradouro - **Número**
Bairro - **CEP** -
Município CAMPO GRANDE **UF** MS
Complemento

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vir. Unitaria	Qtd	Desconto	Alie. Tributo	Total
4	DIARIA	300,0000	1,0000	0,0000	0,00	300,00

Valor Total dos Serviços - R\$ 300,00

INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente a uma diária do dia 22/09/2016 a 23/09/2016. Pago R\$300,00

IMPOSTOS

PIS (R\$) **CÓFINS (R\$)** **INSS (R\$)** **IR (R\$)** **CSLL (R\$)** **Outras Retenções (R\$)**
CIDE (R\$) **ICMS (R\$)** **IOF (R\$)** **IFI (R\$)** **Outros Tributos (R\$)**

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 300,00

Atividade
C2-55108/01-Hotéis
Operação
Sem Lançamentos de Materiais **Dedução de Materiais** Sim **Responsável pelo Imposto** Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal Simples Nacional **Local do Serviço** Dentro do Município
Alíquota (%) **Base de Cál. (R\$)** **Vir. Total das Deduções (R\$)** **Vir. Total Retido (R\$)** **Vir. do ISS (R\$)**
 0,00 300,00 0,00 0,00 0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 300,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recibamos do Prestador: VALE DO APORE EMPREENDIMENTOS TURISTICOS LTDA CNPJ: 03.365.372/0001-00

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 3285 em tida em 28/09/2016 às 14:45:47 - Cód Verif 8415-2519-9032

Condições de Pagamento: Vencimento: 28/09/2016 Valor Total R\$ 300,00 Valor Líquido R\$ 300,00

Ass: _____ em ____/____/____.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

PAGO