

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES**

Inscrição no C.N.P.J. Nº 41522228000129

RUA SÃO NICOLAU, S/N - CENTRO

SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI

NOTA FISCAL ELETRÔNICA AVULSA**Número da NFS****5303****Código de Verificação de Autenticidade**

5699AAAAB

Data e hora de Emissão da NFS

02/06/2020 às 09:49:36

Chave de Acesso1530477889AAAAAABBCCCEEEFFGG
GHHHI**Informações**

| | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|--|
| Exibibilidade do ISS Exigível | | Competência 06/2020 | Município de incidência do ISS SANTA CRUZ DOS MILAGRES | |
| Optante Simples Nacional 02-Não | Incentivo Fiscal 02-Não | Regime Especial Tributação Não Possui | | |

Prestador de Serviços

| | | | | |
|----------------------------|--|-------------|---|--------------------|
| CPF/CNPJ 05815087343 | RG/Inscrição Estadual 3.262786 | PIS/NIT | Nome/Razão Social MARIA CRISTIANE VASCONCELES DA SILVA | |
| Logradouro SÃO NICOLAU. | | Complemento | | Bairro GALILEIA |
| CEP 64315000 | Cidade SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI | Telefone | E-mail | |

Tomador de Serviços

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|--|------------------|
| CPF/CNPJ 11307575000178 | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social FUNDO MUN. SAÚDE DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES | |
| Logradouro CHICO VISTA ALEGRE. S/N | | Complemento | | Bairro CENTRO |
| CEP 64315000 | Cidade SANTA CRUZ DOS MILAGRES-PI | Telefone | E-mail | |

Intermediário

| | | |
|----------|------------------------|-------------------|
| CPF/CNPJ | RG/Inscrição Municipal | Nome/Razão Social |
|----------|------------------------|-------------------|

Discriminação dos Serviços

| Qtde. | Un. Medida | Descrição | Valor Uni. | Total |
|-------|------------|--|------------|--------------|
| 500 | UN | SERVIÇOS DE CONFECÇÃO MANUAL DE MASCARAS TIPO TNT. | R\$ 2,00 | R\$ 1.000,00 |

De talhamento Especifico da Construção Civil

| | |
|----------------|------------|
| Código da Obra | Código ART |
|----------------|------------|

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza -

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|
| Item da LC 116/2003 99.99 | Alíquota 5 % | Atividade do Município 999999.9999999 | Código CNAE | |
| Valor Total dos Serviços R\$ 1.000,00 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base de Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 1.000,00 | Total do ISS R\$ 50,00 |
| ISS Retido 02-Não | | Desconto R\$ 0,00 | | |

Retenções de Impostos

| | | | | | | | |
|------------------|------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|--------------------|------------------|
| INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | SEST/SENAT R\$ 0,00 | ISS R\$ 0,00 | Expediente R\$ 0,00 | PIS R\$ 0,00 | COFINS R\$ 0,00 | CSLL R\$ 0,00 |
|------------------|------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|--------------------|------------------|

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços**R\$ 1.000,00****Informações Complementares**

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES
CNPJ: 41522228000129

RECIBO

R\$

R\$ 1.000,00

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | | |
|----------------------------|--|-------------|---|
| CPF/CNPJ 05815087343 | RG/Inscrição Estadual 3.262786 | PIS/NIT | Nome/Razão Social MARIA CRISTIANE VASCONCELES DA SILVA |
| Logradouro SÃO NICOALU. | | Complemento | Bairro GALILEIA |
| CEP 64315000 | Cidade SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI | Telefone | E-mail |

ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO

Valor correspondente ao pagamento SERVIÇOS DE CONFECÇÃO MANUAL DE MASCARAS TIPO TNT..

Santa Cruz dos Milagres - Piauí, ____/____/2019.

Assinatura do Credor

DADOS BANCÁRIOS

ORDEM DE PAGAMENTO

| VALOR BRUTO | INSS | IRRF | ISS | VALOR LÍQUIDO |
|--------------|----------|----------|----------|---------------|
| R\$ 1.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 1.000,00 |

RECEBI DE FUNDO MUN. SAÚDE DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES A QUANTIA LÍQUIDA DE:

R\$ 1.000,00

(um mil reais)

PAGUE - SE:
____/____/2019.

PAGO:
____/____/2019.