


Empresa

	<p>Empresa Segurança da Saude LTDA</p> <p>Rua XXXXX XXXXXX XXX, 000 - (00) 0000-0000</p> <p>São José - SC - XXXXXXXXXXXXXXX - 00000-000</p> <p>CNPJ: 00.000.000/0000-00 CMC: 0000000</p>	<p>Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços</p> <p>Número: 10000</p> <p>Emissão: 03/02/2023 - 18:29:47</p> <p>Código de Verificação: PMWOMG4AW</p>
---	--	---

Dados Tomador

Nome/Razão Social		CFPS	
Hospital da Cruz		9202	
Endereço		Bairro/Distrito	CEP
Rua XXXXX XXXXXX XXX		XXXXXXX	00000-000
Município	UF	CNPJ/CPF/Outros	CMC
XXXXXXXXXXXXXX	XX	00.000.000/0000-00	

Serviços

Cod. Atividade	Descrição do Serviço	CST	Aliq	Valor Unitário	Unidade	Valor Total

Resumo

Base Cálculo ISSQN	Valor ISSQN	Base Cálculo ISSQN Subst.	Valor ISSQN Subst.	Descontos
--------------------	-------------	---------------------------	--------------------	-----------

Outros Impostos

--

Valor Total

Valor Total dos Serviços	Valor Total da Nota
--------------------------	---------------------

Dados Adicionais

--

Dados Finais

--