



Data/Hora de Emissão: 30/10/2025 às 09:34:47

Código de Verificação: 158790811

### Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 17.939.854/0001-30 Inscrição Municipal: 206.597-5  
Razão Social: CLINICA DO SORRISO LTDA.  
Endereço: R PRINCESA ISABEL, 648, SALA 106 , Cidade Alta, 59025-400  
Município: NATAL UF: RN  
Telefone: ( 84) 2030-9352 E-mail: ANGELICA@CLINICADOSORRISORN.CO

### Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA  
CPF/CNPJ: 78.738.101/0001-51 Inscrição Municipal:  
Endereço: RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, 197, HAUER  
Município: CURITIBA UF: PR  
Telefone:

### Serviços

4.12 - ODONTOLOGIA.

Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	1,0000	71,70	71,70

Valor Total da NFS-e R\$: 71,70

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
*, **	*, **	*, **	*, **	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

### Outras Informações

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.