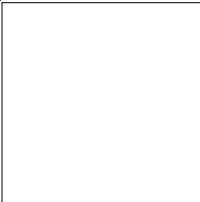


	MUNICÍPIO DE CIANORTE				Número NFS-e:	8	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA				Data Emissão:	01/10/2025	
	CENTRO CÍVICO, 100 - 87200127 - CENTRO - CIANORTE - PR				Data Prestação	01/10/2025	
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:	531087356	

SITE AUTENTICIDADE: <https://cianorte.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal:	00029819	CNPJ/CPF:	59.655.428/0001-15	Regime Fiscal:	Normal
	Nome/Razão Social:	CLINICA ODONTOLOGICA HELLEN PORTAS LTDA				
	Nome Fantasia:					
	Endereço:					Insc. Estadual:
	RUA CONSTITUICAO, 115, SALA 01 - ZONA 01					
	Município/UF:	CIANORTE-PR	CEP:	87.200-161		
Fone/Fax:	(44) 98839-4960	E-Mail:	escritoriosiga@gmail.com			

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	0422664607-7	CNPJ/CPF:	01.468.033/0001-23	Insc. Estadual:
Nome/Razão Social:	ODONTO LIFE ASSITENCIA ODONTOLOGICA S/A LTDA			
Endereço:	RUA 24 DE MAIO, 1365 - REBOUÇAS			
Município/UF:	CURITIBA-PR	CEP:	80.230-080	
Fone/Fax:	E-Mail:			

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:				CNAE:
412 ODONTOLOGIA.				8630504
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:	
10/2025	CIANORTE-PR	EMITIDA	TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO	

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PRESTADOS REF 09/2025.

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor	Desc.	Desc. Cond.	Valor Serviço	Valor Líquido
SIM	serviços prestados no mês	1,00000	1.055,18	0,00	0,00	1.055,18	1.055,18

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	4,00000	42,21000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Total dos Serviços:	Valor Líquido da NFS-e:
1.055,18	0,00	0,00	1.055,18	1.055,18

NFS-E Nº 8	Recebemos de CLINICA ODONTOLOGICA HELLEN PORTAS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____/____/____ Assinatura: _____
---------------	--