
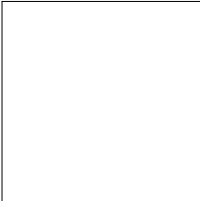
	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica			
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número:			
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		180			
			Data Prestação:			
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:	
					986732042	

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal: 06114447	CNPJ/CPF: 37.636.157/0001-18	Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL
	Nome/Razão Social: CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA		
	Nome Fantasia:		
	Endereço:		
	Insc. Estadual:		
	AVENIDA PIONEIRO JOSE LAURINDO DA SILVA, 237 - JARDIM OURO VERDE IV		
Município/UF: Sarandi-PR		CEP: 87.114-026	
Fone/Fax: (44) 3035-2550		E-Mail: escritoriopanorama_sdi@hotmail.com	

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: 178392-5	CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51	Insc. Estadual:
Nome/Razão Social: DENTAL UNI Cooperativa Odontológica		
Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197, até 1680 - lado par - Hauer		
Município/UF: Curitiba-PR		CEP: 81.630-170
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:
4/2025	Sarandi-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

P.S.

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	Serviços Odontológicos	1,00000	1.737,59	0,00	0,00	1.737,59

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	34,93000	Não
PIS	0,17000	2,90000	Não
COFINS	0,77000	13,37000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	4,17000	Não
CSLL	0,21000	3,65000	Não
CPP	2,60000	45,25000	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 Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
1.737,59	0,00	0,00	1.737,59	1.737,59

NFS-E Nº 180	Recebemos de CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
DATA: ____ / ____ / ____	Assinatura: _____