

**MUNICÍPIO DE SARANDI****SECRETARIA DE FAZENDA**

JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**Número:****206****Data Prestação:**

18/12/2025

Autenticidade:

911700084

**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:

AVENIDA PIONEIRO JOSE LAURINDO DA SILVA, 237 - JARDIM OURO VERDE IV

Município/UF: Sarandi-PR

Insc. Estadual:

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:

412 ODONTOLOGIA.

CNAE:

8630504

Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
12/2025	Sarandi-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

P.S.

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidad	Valor	Desc.	Desc. Cond.	Valor Serviço	Valor Líquido
SIM	Serviços Odontológicos	1,00000	3.617,12	0,00	0,00	3.617,12	3.617,12

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	72,70000	Não
PIS	0,17000	6,03000	Não
COFINS	0,77000	27,82000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	8,68000	Não
CSLL	0,21000	7,60000	Não
CPP	2,60000	94,19000	Não
Impostos Federais	0,00000	144,32000	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:
3.617,12	0,00	0,00	3.617,12	3.617,12

NFS-E Nº

206

Recebemos de CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____