

	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número: 206	
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		Data Prestação: 18/12/2025	
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	

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 CEP: 87.114-026 Fone/Fax: (44) 3035-2550 E-Mail: escritoriopanorama_sdi@hotmail.com
	Insc. Estadual:

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO
P.S.

ITENS DO SERVIÇO							
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	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	Alíquota	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 nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
------------------------	--