

	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número:		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		199		
			Data Prestação:		
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:
					133941508

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:
11/2025	Sarandi-PR	EMITIDA	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	2.582,65	0,00	0,00	2.582,65	2.582,65

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	51,91000	Não
PIS	0,17000	4,31000	Não
COFINS	0,77000	19,87000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	6,20000	Não
CSLL	0,21000	5,42000	Não
CPP	2,60000	67,25000	Não
Impostos Federais	0,00000	103,05000	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:
2.582,65	0,00	0,00	2.582,65	2.582,65

NFS-E Nº 199	Recebemos de CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
------------------------	--