
	MUNICÍPIO DE SARANDI			Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA			Número:		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR			155		
				Data Prestação:		
			20/05/2024			Autenticidade:
Núm. do RPS:			Série do RPS:			
Tipo do RPS:			Emissão RPS:			953133115

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 Insc. Estadual:
	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: 412 ODONTOLOGIA.		CNAE: 8630504
Competência: 5/2024	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 Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Serviços Odontológicos	1,00	5.151,60	0,00	5.151,60

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	103,55000	Não
PIS	0,17000	8,59000	Não
COFINS	0,77000	39,63000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	12,36000	Não
CSLL	0,21000	10,82000	Não
CPP	2,60000	134,15000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL				
Base de Cálculo do ISSQN: 5.151,60	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 5.151,60	Valor Total da NFS-e: 5.151,60

NFS-E Nº 155	Recebemos de CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
DATA: ____ / ____ / ____	Assinatura: _____