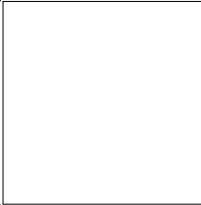


MUNICIPIO DE SÃO MATEUS DOS SUL				Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS				Número:		
BARAO DO RIO BRANCO, 431 - 83910000 - CENTRO - São Mateus Do Sul - PR				697		
				Data Prestação:		
				23/06/2025		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:		
				317708965		

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal: 00006209	CNPJ/CPF: 27.884.567/0001-24	Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL -
	Nome/Razão Social: ORALVILLE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		
	Nome Fantasia: ORALVILLE		
	Endereço:		
	RUA BARAO DO RIO BRANCO(01), 674 - Centro		
	Município/UF: São Mateus Do Sul-PR		
Fone/Fax:			Insc. Estadual:
			CEP: 83.900-000
E-Mail: marciotokarski@hotmail.com			

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51	Insc. Estadual:
Nome/Razão Social: Dental Uni Cooperativa Odontológica		
Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197 - Hauer		
Município/UF: Curitiba-PR		
Fone/Fax:		
E-Mail:		
CEP: 81.630-170		

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:
6/2025	São Mateus Do Sul-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

TRATAMENTO ODONTOLOGICO

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidad	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	TRATAMENTO ODONTOLOGICO	1,00000	2.087,07	0,00	0,00	2.087,07

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	4,00000	83,48000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	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:
2.087,07	0,00	0,00	2.087,07	2.087,07

NFS-E Nº 697	Recebemos de ORALVILLE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
DATA: ____ / ____ / ____	Assinatura: _____