

	MUNICÍPIO DE CIANORTE	Número NFS-e: 176	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA	Data Emissão: 22/05/2025	
	CENTRO CÍVICO, 100 - 87200127 - ZONA 01 - CIANORTE - PR	Data Prestação: 22/05/2025	
Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:		Autenticidade: 624065095	

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO						
	Insc. Municipal:	01854000	CNPJ/CPF:	23.826.686/0002-50	Regime Fiscal:	Regime único Simples
	Nome/Razão Social:	M. GONDO ODONTOLOGIA ME				
	Nome Fantasia:	MATIKO GONDO				
	Endereço:	AVENIDA GOIAS, 431, SALA 51 ED. CENTRO COMERCIAL - ZONA 01				
	Município/UF:	CIANORTE-PR				
	Fone/Fax:	(44) 3629-3121	E-Mail:	esc.saomatheus@hotmail.com		
			CEP:	87.200-149		

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO			
Insc. Municipal:	CNPJ/CPF:	78.738.101/0001-51	Insc. Estadual:
Nome/Razão Social:	DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA		
Endereço:	Rua Irmã Flávia Borlet, 197 - Hauer		
Município/UF:	CURITIBA-PR		
Fone/Fax:	E-Mail: sem@email.com		
		CEP:	81.630-170

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO			
Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 412 ODONTOLOGIA.			CNAE: 8630504
Competência: 5/2025	Local da Prestação do Serviço: CIANORTE-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO	
PREST SERV CONVENIO - REF 05/2025	

ITENS DO SERVIÇO						
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	PREST SERV CONVENIO - REF 04/2025	1,00000	3.760,87	0,00	0,00	3.760,87

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	75,59000	Não
PIS	0,17000	6,27000	Não
COFINS	0,77000	28,93000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	9,03000	Não
CSLL	0,21000	7,90000	Não
CPP	2,60000	97,93000	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:
3.760,87	0,00	0,00	3.760,87	3.760,87

NFS-E Nº 176	Recebemos de M. GONDO ODONTOLOGIA ME, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
	DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____