

**MUNICÍPIO DE ARARUNA****DEPARTAMENTO DE TRIBUTAÇÃO**

RUA PREFEITO HERMES CAMPOS TEIXEIRA, 390 - 87260000 - CENTRO - ARARUNA - PR

N.º do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**Número:****600****Data Prestação:**

21/10/2025

Autenticidade:

774538980

**SITE AUTENTICIDADE:** <https://araruna.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO****Insc. Municipal:** 00006080 **CNPJ/CPF:** 46.550.248/0001-27**Regime Fiscal:** SIMPLES NACIONAL**Nome/Razão Social:** RS ODONTOLOGIA LTDA**Nome Fantasia:** RS ODONTOLOGIA**Endereço:**

RUA DUQUE DE CAXIAS, 471, TERREO - CENTRO

Insc. Estadual:

PRB2200433534

Município/UF: ARARUNA-PR**CEP:** 87.260-000**Fone/Fax:****E-Mail:** wd_contabilidade@hotmail.com**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**CEP:** 81.630-170**Município/UF:** CURITIBA-PR**Fone/Fax:** **E-Mail:****DEFINIÇÃO DO SERVIÇO**

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:

4120 ODONTOLOGIA.

CNAE:

8630504

Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
10/2025	ARARUNA-PR	EMITIDA	TRIBUTACAO NO MUNICIPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

Tratamento Odontológico

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidad	Valor	Desc.	Desc. Cond.	Valor Serviço	Valor Líquido
SIM	Tratamento Odontológico	1,00000	1.227,15	0,00	0,00	1.227,15	1.227,15

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	24,67000	Não
PIS	0,17000	2,05000	Não
COFINS	0,77000	9,44000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	2,95000	Não
CSLL	0,21000	2,58000	Não
CPP	2,60000	31,95000	Não
Impostos Federais	0,00000	48,96000	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:
1.227,15	0,00	0,00	1.227,15	1.227,15

NFS-E Nº
600

Recebemos de RS ODONTOLOGIA LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____