
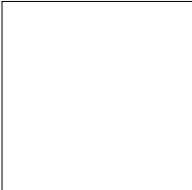
	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU</b>		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	<b>SECRETARIA DE FAZENDA</b>		Número: <b>3424</b>	
	ELEUTERUIO GALDINO DE ANDRADE, 21 - 87250000 - CENTRO - Peabiru - PR		Data Prestação: <b>15/04/2025</b>	
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Insc. Municipal: 00063195	CNPJ/CPF: 40.415.854/0001-53	Regime Fiscal: Simples Nacional
	Nome/Razão Social: NEO CLINICA ODONTOLOGIA LTDA		
	Nome Fantasia: *****		
	Endereço: AVENIDA SAO JOAO, 206 - CENTRO		
	Município/UF: Peabiru-PR		
	Fone/Fax: (44) 3531-1303	E-Mail: NEOCLINICA1303@GMAIL.COM	
		CEP: 87.250-000	Insc. Estadual:

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 IRMA FLAVIA BORLRT, 197 - HAUER		
Município/UF: Curitiba-PR	CEP: 81.630-170	
Fone/Fax: (44) 3531-1303	E-Mail: NEOCLINICA1303@GMAIL.COM	

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 412 ODONTOLOGIA.			CNAE: 8630504
Competência: 4/2025	Local da Prestação do Serviço: Peabiru-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

TRATAMENTO ODONTOLOGICO
-------------------------

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	TRATAMENTO ODONTOLOGICO	1,00000	1.048,20	0,00	0,00	1.048,20

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,00250	20,99000	Não
PIS	0,17000	1,81000	Não
COFINS	0,80000	8,33000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,85000	8,87000	Não
CSLL	0,68000	7,17000	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:
1.048,20	0,00	0,00	1.048,20	1.048,20

NFS-E Nº 3424	Recebemos de NEO CLINICA ODONTOLOGIA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
------------------	---