

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				719		
				Data Prestação:		
				22/07/2025		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:		
				976770958		

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		Insc. Estadual:
	Fone/Fax:		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		CEP: 81.630-170
Fone/Fax:		E-Mail:

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:
7/2025	São Mateus Do Sul-PR	EMITIDA	EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	TRATAMENTO ODONTOLOGICO	1,00000	999,63	0,00	0,00	999,63

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	4,00000	39,99000	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:
999,63	0,00	0,00	999,63	999,63

NFS-E Nº 719	Recebemos de ORALVILLE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
------------------------	--