



MUNICÍPIO DE BLUMENAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
DIRETORIA GERAL  
DIRETORIA DE RECEITA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E



NOTA BLU



Número da Nota Fiscal

**267**

Série: E

Data Emissão: 18/03/2025

Certificação:  
**7D62BA61A**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **GREGIO REABILITAÇÃO OROFACIAL LTDA**  
Nome Fantasia: **GREGIO REABILITAÇÃO OROFACIAL EIRELI**  
CNPJ/CPF: **34.113.305/0001-21** Insc. Municipal: **133650**  
Endereço: **DO IMIGRANTE**  
Bairro: **GARCIA**  
Município: **BLUMENAU**  
E-mail: **cristinawmedeiros@gmail.com**  
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:  
Nº: **27**  
Compl.: **SALA 02**  
UF: **SC** CEP: **89021-140**  
Telefone: **47999030965**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**  
CNPJ/CPF: **78.738.101/0001-51** Insc. Municipal:  
Endereço: **RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET**  
Bairro: **HAUER**  
Município: **CURITIBA**  
E-mail:  
País: **BRASIL**

Insc. Estadual:  
Nº: **197**  
Compl.:  
UF: **PR** CEP: **81630-170**  
Telefone:  
Nif:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS

VALOR BRUTO DA NOTA					<b>R\$ 161,28</b>
Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incondicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Condicionado: <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo: <b>R\$ 161,28</b>	Alíquota: <b>2,0000%</b>	Valor do ISS: <b>R\$ 3,23</b>
PIS: <b>R\$ 0,00</b>	COFINS: <b>R\$ 0,00</b>	INSS: <b>R\$ 0,00</b>	IR: <b>R\$ 0,00</b>	CSLL: <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções: <b>R\$ 0,00</b>
Valor Aproximado dos tributos R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		<b>R\$ 161,28</b>

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

Atividade: 4.12 - Odontologia.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **03/2025**  
Recolhimento: **Sem Retenção**  
CNAE: **8630504**

Local do Recolhimento: **BLUMENAU/SC**  
Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**  
Empresa Optante do Simples Nacional

Data Geração: **18/03/2025 14:12:32**

Observações:

Impresso em: 18/03/2025 às 14:12:42

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: <b>GREGIO REABILITAÇÃO OROFACIAL LTDA</b> Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.  ____ / ____ / Data _____	Assinatura do Recebedor	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: <b>267</b> Certificação <b>7D62BA61A</b>
---	-------------------------	--