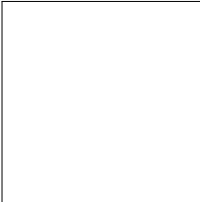


	MUNICÍPIO DE CIANORTE		Número NFS-e: 666		
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data Emissão: 19/03/2025		
	CENTRO CÍVICO, 100 - 87200127 - ZONA 01 - CIANORTE - PR		Data Prestação 19/03/2025		
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade: 833390226

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO	
	Insc. Municipal: 00021888 CNPJ/CPF: 36.349.540/0001-22 Regime Fiscal: Regime único Simples
	Nome/Razão Social: ORTHOPRESS ODONTOLOGIA LTDA
	Nome Fantasia: ORTHOPRESS ODONTOLOGIA
	Endereço: TRAVESSA ITORORO, 407, SALA A - ZONA 01 Insc. Estadual:
	Município/UF: CIANORTE-PR CEP: 87.200-113
	Fone/Fax: E-Mail: nfse@contabilidadeparana.com.br

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO	
Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Estadual:	
Nome/Razão Social: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	
Endereço: IRMÃ FLÁVIA BORLET, 197 - HAUER	
Município/UF: CURITIBA-PR CEP: 81.630-170	
Fone/Fax: E-Mail: beneficios@dentaluni.com.br	

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO			
Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 412 ODONTOLOGIA.	CNAE: 8630504		
Competência: 3/2025	Local da Prestação do Serviço: CIANORTE-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO
Referente a tratamento odontológico.

ITENS DO SERVIÇO						
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	Referente a tratamento odontológico.	1,00000	5.322,00	0,00	0,00	5.322,00

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	106,97000	Não
PIS	0,17000	8,88000	Não
COFINS	0,77000	40,94000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	12,77000	Não
CSLL	0,21000	11,18000	Não
CPP	2,60000	138,58000	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:
5.322,00	0,00	0,00	5.322,00	5.322,00

NFS-E Nº 666	Recebemos de ORTHOPRESS ODONTOLOGIA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-----------------	--