

	PREFEITURA MUNICIPAL DE PEABIRU		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número: 3121		
	ELEUTERUIO GALDINO DE ANDRADE, 21 - 87250000 - CENTRO - Peabiru - PR		Data Prestação: 16/09/2024		
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão 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

Insc. Estadual: **CEP:** 87.250-000

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		
Fone/Fax: (44) 3531-1303		
E-Mail: NEOCLINICA1303@GMAIL.COM		
CEP: 81.630-170		

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 412 ODONTOLOGIA.			CNAE: 8630504
Competência: 9/2024	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	Valor Desconto	Valor Total
SIM	TRATAMENTO ODONTOLOGICO	1,00000	2.599,80	0,00	2.599,80

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,00250	52,06000	Não
PIS	0,17000	4,48000	Não
COFINS	0,80000	20,67000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,85000	21,99000	Não
CSLL	0,68000	17,78000	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: 2.599,80	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 2.599,80	Valor Total da NFS-e: 2.599,80
--	---------------------------------------	--	--	--

NFS-E Nº 3121	Recebemos de NEO CLINICA ODONTOLOGIA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-------------------------	--