



MUNICÍPIO DE CIANORTE

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

CENTRO CÍVICO, 100 - 87200127 - ZONA 01 - CIANORTE - PR

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

Número NFS-e:

169

Data Emissão:

17/12/2024

Data Prestação

17/12/2024

Autenticidade:

673601631

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:	01854000	CNPJ/CPF:	23.826.686/0002-50	Regime Fiscal:	Regime único Simples
Nome/Razão Social:	M. GONDO ODONTOLOGIA ME				
Nome Fantasia:	MATIKO GONDO				
Endereço:				Insc. Estadual:	
AVENIDA GOIAS, 431, SALA 51 ED. CENTRO COMERCIAL - ZONA 01					
Município/UF:	CIANORTE-PR			CEP:	87.200-149
Fone/Fax:	(44) 3629-3121			E-Mail:	esc.saomatheus@hotmail.com

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 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:	412 ODONTOLOGIA.	CNAE:	8630504
--	------------------	-------	---------

Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
12/2024	CIANORTE-PR	EMITIDA	TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PREST SERV CONVENIO - REF 12/2024

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	PREST SERV CONVENIO - REF 12/2024	1,00000	1.309,86	0,00	1.309,86

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	26,33000	Não
PIS	0,17000	2,18000	Não
COFINS	0,77000	10,08000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	3,14000	Não
CSLL	0,21000	2,75000	Não
CPP	2,60000	34,11000	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:
1.309,86	0,00	0,00	1.309,86	1.309,86

NFS-E Nº

169

Recebemos de M. GONDO ODONTOLOGIA ME, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____