

	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica			
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número:			
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		148			
			Emissão:			
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:	
					572930097	

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO	
	Insc. Municipal: 06114447 CNPJ/CPF: 37.636.157/0001-18 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL
	Nome/Razão Social: CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA
	Nome Fantasia:
	Endereço: AVENIDA PIONEIRO JOSE LAURINDO DA SILVA, 237 - JARDIM OURO VERDE IV Insc. Estadual:
	Município/UF: Sarandi-PR CEP: 87.114-026
	Fone/Fax: (44) 3035-2550 E-Mail: escritoriopanorama_sdi@hotmail.com

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO	
Insc. Municipal: 178392-5 CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Estadual:	
Nome/Razão Social: DENTAL UNI Cooperativa Odontológica	
Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197, até 1680 - lado par - 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: 2/2024	Local da Prestação do Serviço: Sarandi-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO	
P.S.	

ITENS DO SERVIÇO					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Serviços Odontológicos	1,00	4.107,60	0,00	4.107,60

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	82,56000	Não
PIS	0,17000	6,85000	Não
COFINS	0,77000	31,60000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	9,86000	Não
CSLL	0,21000	8,63000	Não
CPP	2,60000	106,96000	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:
4.107,60	0,00	0,00	4.107,60	4.107,60

NFS-E Nº 148	Recebemos de CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
------------------------	--