

	<b>MUNICÍPIO DE SARANDI</b>			Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	<b>SECRETARIA DE FAZENDA</b>			Número: 159	
JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR			Data Prestação: 12/07/2024		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade: 701286212	

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

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

<b>DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO</b>	
Insc. Municipal: 178392-5	CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51
Nome/Razão Social: DENTAL UNI Cooperativa Odontológica	Insc. Estadual:
Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197, até 1680 - lado par - Hauer	CEP: 81.630-170
Município/UF: Curitiba-PR	E-Mail:
Fone/Fax:	

<b>DEFINIÇÃO DO SERVIÇO</b>	
Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 412 ODONTOLOGIA.	CNAE: 8630504
Competência: 7/2024	Local da Prestação do Serviço: Sarandi-PR
Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: EXIGÍVEL

<b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>
P.S.

<b>ITENS DO SERVIÇO</b>					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Serviços Odontológicos	1,00	2.698,20	0,00	2.698,20

<b>TRIBUTOS INCIDENTES</b>			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	54,23000	Não
PIS	0,17000	4,50000	Não
COFINS	0,77000	20,75000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	6,48000	Não
CSLL	0,21000	5,67000	Não
CPP	2,60000	70,26000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

<b>TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL</b>				
Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
2.698,20	0,00	0,00	2.698,20	2.698,20

NFS-E Nº 159	Recebemos de CLASSICA CLINICA INTEGRADA DE SAUDE LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-----------------	--