
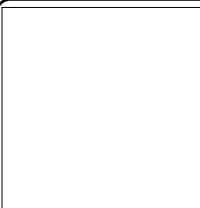


	MUNICÍPIO DE SARANDI	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	SECRETARIA DE FAZENDA	Número: 3272	
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR	Data Prestação: 20/07/2024	
	Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:	Autenticidade: 704777930	

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

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO	
	Insc. Municipal: 00625847 CNPJ/CPF: 08.654.860/0001-50 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL Nome/Razão Social: PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA Nome Fantasia: PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA Endereço: Avenida MARINGA, 1831 - JD. PRIMAVERAO Município/UF: Sarandi-PR Fone/Fax: E-Mail: fiscal6@escritoriohorizonte.com.br
	Insc. Estadual: 5012/2007 CEP: 78.995-000

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO	
Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Estadual:	
Nome/Razão Social: Dental Uni Coperativa 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: 7/2024	Local da Prestação do Serviço: Sarandi-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO
Pagamento referente à serviços odontológicos prestados

ITENS DO SERVIÇO					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	1.520,10	1,00000	1.520,10	0,00	1.520,10

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	30,55000	Não
PIS	0,17000	2,54000	Não
COFINS	0,77000	11,69000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	3,65000	Não
CSLL	0,21000	3,19000	Não
CPP	2,60000	39,58000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL				
Base de Cálculo do ISSQN: 1.520,10	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 1.520,10	Valor Total da NFS-e: 1.520,10

NFS-E Nº 3272	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-------------------------	---