

	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número:		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		3372		
			Data Prestação:		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	19/11/2024	Autenticidade:
					593498561

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:
	Insc. Estadual: 5012/2007
	CEP: 78.995-000
	E-Mail: fiscal6@escritoriohorizonte.com.br

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO	
Insc. Municipal:	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: 11/2024	Local da Prestação do Serviço: Sarandi-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO
Pagamento referente á serviços odontológicos prestados.

ITENS DO SERVIÇO					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	461,10	1,00000	461,10	0,00	461,10

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	9,27000	Não
PIS	0,17000	0,77000	Não
COFINS	0,77000	3,55000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	1,11000	Não
CSLL	0,21000	0,97000	Não
CPP	2,60000	12,01000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL				
Base de Cálculo do ISSQN: 461,10	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 461,10	Valor Total da NFS-e: 461,10

NFS-E Nº 3372	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
	DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____