
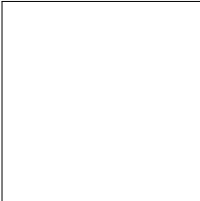
	MUNICÍPIO DE SARANDI	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA	Número: 3609		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR	Data Prestação: 23/08/2025		
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade: 186369105

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 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: 8/2025	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	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	162,00	1,00000	162,00	0,00	0,00	162,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	3,26000	Não
PIS	0,17000	0,27000	Não
COFINS	0,77000	1,25000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,39000	Não
CSLL	0,21000	0,34000	Não
CPP	2,60000	4,22000	Não
Impostos Federais	0,00000	6,46000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: 162,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 162,00	Valor Total da NFS-e: 162,00
--	---------------------------------------	--	--	--

NFS-E Nº 3609	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-------------------------	--