

**MUNICÍPIO DE SARANDI****SECRETARIA DE FAZENDA**

JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica****Número:****3609****Data Prestação:**

23/08/2025

**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

**Insc. Estadual:**

5012/2007

**Município/UF:** Sarandi-PR**CEP:** 78.995-000**Fone/Fax:****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 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: Local da Prestação do Serviço: Situação da NFS-e: Natureza da Operação:  
8/2025 Sarandi-PR EMITIDA EXIGÍVEL**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

Pagamento referente á serviços odontológicos prestados.

**ITENS DO SERVIÇO**

Tributável	Descrição do Item	Quantidad	Valor Unitário	Desc. Incond.	Desc. Cond.	Valor Total
SIM	162,00	1,00000	162,00	0,00	0,00	162,00

**TRIBUTOS INCIDENTES**

Tributo	Aliquota	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:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
162,00	0,00	0,00	162,00	162,00

NFS-E Nº  
3609

Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_