

**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:****3315****Data Prestação:**

20/09/2024

Autenticidade:

043984913

**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:
9/2024Local da Prestação do Serviço:
Sarandi-PRSituação da NFS-e:
EMITIDANatureza 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	916,50	1,00000	916,50	0,00	916,50

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	18,42000	Não
PIS	0,17000	1,53000	Não
COFINS	0,77000	7,05000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	2,20000	Não
CSLL	0,21000	1,92000	Não
CPP	2,60000	23,87000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	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:
916,50	0,00	0,00	916,50	916,50

NFS-E Nº
3315

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

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____