

**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:****3187****Data Prestação:**

20/05/2024

Autenticidade:

176116805

**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:					Insc. Estadual:	
Avenida MARINGA, 1831 - JD. PRIMAVERAO				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:
5/2024	Sarandi-PR	EMITIDA	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	213,60	1,00	213,60	0,00	213,60

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	4,29000	Não
PIS	0,17000	0,36000	Não
COFINS	0,77000	1,64000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,51000	Não
CSLL	0,21000	0,45000	Não
CPP	2,60000	5,56000	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:
213,60	0,00	0,00	213,60	213,60

NFS-E Nº

3187

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

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____