
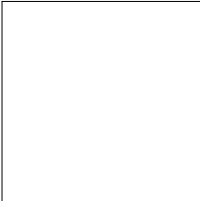
	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número: 3668	
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		Data Prestação: 22/11/2025	
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	

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 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: 11/2025	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	Desc.	Desc. Cond.	Valor Serviço	Valor Líquido
SIM	180,00	1,00000	180,00	0,00	0,00	180,00	180,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	3,62000	Não
PIS	0,17000	0,30000	Não
COFINS	0,77000	1,38000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,43000	Não
CSLL	0,21000	0,38000	Não
CPP	2,60000	4,69000	Não
Impostos Federais	0,00000	7,18000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: 180,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Total dos Serviços: 180,00	Valor Líquido da NFS-e: 180,00
--	---------------------------------------	--	--	--

NFS-E Nº 3668	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-------------------------	---