
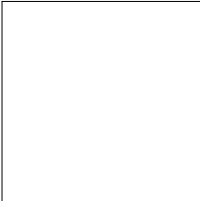
	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número:		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		3696		
			Data Prestação:		
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:
					311003711

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: 87.112-010
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:			CNAE:
412 ODONTOLOGIA.			8630504
Competência:	Local da Prestação do Serviço:	Situação da NFS-e:	Natureza da Operação:
12/2025	Sarandi-PR	EMITIDA	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	757,20	1,00000	757,20	0,00	0,00	757,20	757,20

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	15,22000	Não
PIS	0,17000	1,26000	Não
COFINS	0,77000	5,82000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	1,82000	Não
CSLL	0,21000	1,59000	Não
CPP	2,60000	19,72000	Não
Impostos Federais	0,00000	30,21000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Total dos Serviços:	Valor Líquido da NFS-e:
757,20	0,00	0,00	757,20	757,20

NFS-E Nº 3696	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-------------------------	---