

**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:****3696****Data Prestação:****16/12/2025****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:

Avenida MARINGA, 1831 - JD. PRIMAVERAO

Insc. Estadual:

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 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:

12/2025

Local da Prestação do Serviço:

Sarandi-PR

Situação da NFS-e:

EMITIDA

Natureza da Operação:

EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

Pagamento referente á serviços odontológicos prestados.

ITENS DO SERVIÇO

Tributáve	Descrição do Item	Quantidad	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	Aliquota	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 neste documento fiscal eletrônico.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____