
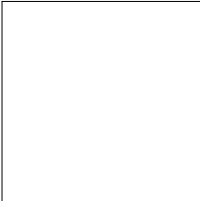
	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica			
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número:			
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		3477			
			Data Prestação:			
Núm. do RPS:		Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	Autenticidade:	
					321749595	

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		
	Município/UF: Sarandi-PR		
Fone/Fax:			Insc. Estadual: 5012/2007
			CEP: 78.995-000
			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:
2/2025	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	362,70	1,00000	362,70	0,00	362,70

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	7,29000	Não
PIS	0,17000	0,60000	Não
COFINS	0,77000	2,79000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,87000	Não
CSLL	0,21000	0,76000	Não
CPP	2,60000	9,44000	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:
362,70	0,00	0,00	362,70	362,70

NFS-E Nº 3477	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
DATA: ____ / ____ / ____	Assinatura: _____