

**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:****3477****Data Prestação:**

20/02/2025

**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

**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 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:  
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	Aliquota	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 neste documento fiscal eletrônico.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_