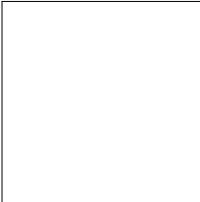


	MUNICÍPIO DE SARANDI	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	SECRETARIA DE FAZENDA	Número: 3722	
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR	Data Prestação: 19/02/2026	
	Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:	Autenticidade: 536896299	

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 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: 41201 Odontologia.	CNAE: 8630504		
Competência: 2/2026	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							
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor	Desc.	Desc. Cond.	Valor Serviço	Valor Líquido
SIM	250,80	1,00000	250,80	0,00	0,00	250,80	250,80

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	5,04000	Não
PIS	0,17000	0,43000	Não
COFINS	0,77000	1,93000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,60000	Não
CSLL	0,21000	0,53000	Não
CPP	2,60000	6,52000	Não
Impostos Federais	0,00000	10,01000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL				
Base de Cálculo do ISSQN: 250,80	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Total dos Serviços: 250,80	Valor Líquido da NFS-e: 250,80

NFS-E Nº 3722	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
-------------------------	---