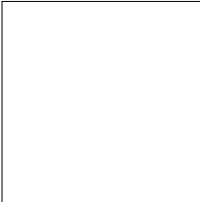


	MUNICÍPIO DE SARANDI		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica		
	SECRETARIA DE FAZENDA		Número: 3337		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		Data Prestação: 18/10/2024		
	Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	

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: 5012/2007	
	Avenida MARINGA, 1831 - JD. PRIMAVERAO	CEP: 78.995-000	
Município/UF: Sarandi-PR	E-Mail: fiscal6@escritoriohorizonte.com.br		
Fone/Fax:			

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: 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: 412 ODONTOLOGIA.	CNAE: 8630504		
Competência: 10/2024	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 Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	1.428,90	1,00000	1.428,90	0,00	1.428,90

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	28,72000	Não
PIS	0,17000	2,38000	Não
COFINS	0,77000	10,99000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	3,43000	Não
CSLL	0,21000	3,00000	Não
CPP	2,60000	37,21000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: 1.428,90	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Liquido da NFS-e: 1.428,90	Valor Total da NFS-e: 1.428,90
------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

NFS-E Nº 3337	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.
	DATA: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____