

	<b>MUNICÍPIO DE SARANDI</b>		<b>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</b>		
	<b>SECRETARIA DE FAZENDA</b>		<b>Número:</b> 3644		
	JOSE EMILIANO DE GUSMAO, 565 - 87111230 - CENTRO - Sarandi - PR		<b>Data Prestação:</b> 21/10/2025		
	<b>Núm. do RPS:</b>	<b>Série do RPS:</b>	<b>Tipo do RPS:</b>	<b>Emissão RPS:</b>	

**SITE AUTENTICIDADE:** <https://sarandi.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

	<b>Insc. Municipal:</b> 00625847	<b>CNPJ/CPF:</b> 08.654.860/0001-50	<b>Regime Fiscal:</b> SIMPLES NACIONAL
	<b>Nome/Razão Social:</b> PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		
	<b>Nome Fantasia:</b> PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		
	<b>Endereço:</b> Avenida MARINGA, 1831 - JD. PRIMAVERAO		
	<b>Município/UF:</b> Sarandi-PR		
	<b>Fone/Fax:</b>	<b>E-Mail:</b> fiscal6@escritoriohorizonte.com.br	<b>Insc. Estadual:</b> 5012/2007
		<b>CEP:</b> 78.995-000	

**DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO**

<b>Insc. Municipal:</b>	<b>CNPJ/CPF:</b> 78.738.101/0001-51	<b>Insc. Estadual:</b>
<b>Nome/Razão Social:</b> Dental Uni Cooperativa Odontológica		
<b>Endereço:</b> Rua Irmã Flávia Borlet, 197, até 1680 - lado par - Hauer		
<b>Município/UF:</b> Curitiba-PR		<b>CEP:</b> 81.630-170
<b>Fone/Fax:</b>	<b>E-Mail:</b>	

**DEFINIÇÃO DO SERVIÇO**

<b>Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:</b> 412 ODONTOLOGIA.			<b>CNAE:</b> 8630504
<b>Competência:</b> 10/2025	<b>Local da Prestação do Serviço:</b> Sarandi-PR	<b>Situação da NFS-e:</b> EMITIDA	<b>Natureza da Operação:</b> EXIGÍVEL

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

Pagamento referente à serviços odontológicos prestados.

**ITENS DO SERVIÇO**

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor	Desc.	Desc. Cond.	Valor Serviço	Valor Líquido
SIM	279,30	1,00000	279,30	0,00	0,00	279,30	279,30

**TRIBUTOS INCIDENTES**

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	5,61000	Não
PIS	0,17000	0,47000	Não
COFINS	0,77000	2,15000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	0,67000	Não
CSLL	0,21000	0,59000	Não
CPP	2,60000	7,27000	Não
Impostos Federais	0,00000	11,14000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

**TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL**

<b>Base de Cálculo do ISSQN:</b> 279,30	<b>Valor Total Descontos:</b> 0,00	<b>Valor Total das Deduções:</b> 0,00	<b>Valor Total dos Serviços:</b> 279,30	<b>Valor Líquido da NFS-e:</b> 279,30
--	---------------------------------------	--	--	--

<b>NFS-E Nº</b> 3644	Recebemos de PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. <b>DATA:</b> ____ / ____ / ____ <b>Assinatura:</b> _____
-------------------------	--