

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      |                          |                                       |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| <br><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b><br>20250825u10932987000136 | <b>Número da Nota</b><br><b>00002473</b>                             |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Data e Hora de Emissão</b><br><b>25/08/2025 09:06:12</b>          |                          |                                       |                 |
| <b>Código de Verificação</b><br><b>MS9S-Q4WG</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                           | CPF/CNPJ: 10.932.987/0001-36                                         |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Inscrição Municipal: 3.933.214-4                                     |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Nome/Razão Social: BRILHO BUCAL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA            |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Endereço: R DOS BURITIS 128, SALA 110 B - JABAQUARA - CEP: 04321-000 |                          |                                       |                 |
| Município: São Paulo                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      | UF: SP                   |                                       |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Nome/Razão Social: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                          |                                       |                 |
| CPF/CNPJ: 78.738.101/0001-51                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Inscrição Municipal: ----                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Endereço: Rua IRMA FLAVIA BORLET 197 - HAUER - CEP: 81630-170                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Município: Curitiba                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                          |                                       |                 |
| UF: PR E-mail: ----                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                          |                                       |                 |
| CPF/CNPJ: ----                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Nome/Razão Social: ----                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Valor aproximado dos tributos conforme lei 12741/12 (6,00%) R\$13,35                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Nota fiscal referente atendimento odontológico dos pacientes pelo convênio Dental Uni do mês de Agosto                                                                                                                                                     |                                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 222,60</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                          |                                       |                 |
| INSS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                 | IRRF (R\$)                                                           | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                          | PIS/PASEP (R\$) |
| -                                                                                                                                                                                                                                                          | -                                                                    | -                        | -                                     | -               |
| Código do Serviço                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>04693 - Odontologia.</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                          |                                       |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)                                                                                                                                                                                                                             | Base de Cálculo (R\$)                                                | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$)   |
| 0,00                                                                                                                                                                                                                                                       | *                                                                    | *                        | *                                     | 0,00            |
| Município da Prestação do Serviço                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                 |
| -                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      | -                        | -                                     |                 |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                          |                                       |                 |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;                                                                                                                          |                                                                      |                          |                                       |                 |