

|                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|--|-----------------|--|------|--|
|  |  | PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, PLANEJAMENTO E TECNOLOGIA DA                                                                                                              |  |                                                          |  | Número da NFS-e<br>2456 |  |  |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Data e Hora da Emissão                                                           |  | 21/11/2024 10:43:48                                                                                                                                                                                                |  | Competência                                              |  | 21/11/2024              |  | Código de Verificação                                                              |  | BZVKOBKDR                            |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Número do RPS                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | No. da NFS-e substituída                                 |  |                         |  | Local da Prestação                                                                 |  | SANTO ANDRE - SP                     |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Prestador de Serviço                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                  |  | CLINICA ODONTOLOGICA CAMPOS SALES LTDA                   |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                      |  | CLINICA ODONTOLOGICA CAMPOS SALES                        |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                           |  | 10.915.488/0001-30                                       |  | Inscrição Municipal     |  | 191627                                                                             |  | Município                            |  | SANTO ANDRE - SP                  |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Endereço e CEP                                                                                                                                                                                                     |  | RUA CAMPOS SALES ,698 - CENTRO CEP: 09015-200            |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Complemento                                                                                                                                                                                                        |  |                                                          |  | Telefone                |  | (11)4220-1000                                                                      |  | e-mail                               |  | ADM@ODONTOLOGIACAMPOSSALES.COM.BR |  |  |  |                 |  |      |  |
| Tomador de Serviço                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                  |  | DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA                      |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                           |  | 78.738.101/0001-51                                       |  | Inscrição Municipal     |  |                                                                                    |  | Município                            |  | CURITIBA - PR                     |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Endereço e CEP                                                                                                                                                                                                     |  | RUA VINTE E QUATRO DE MAIO ,1365 - CENTRO CEP: 80230-080 |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
|                                                                                  |  | Complemento                                                                                                                                                                                                        |  |                                                          |  | Telefone                |  |                                                                                    |  | e-mail                               |  | notafiscal@sorrisoassist.com.br   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Discriminação do Serviço                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS                                              |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Código do Serviço / Atividade                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| 4.12 / 4.12 / 863050400 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA                                 |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                      |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Código da Obra                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  | Código ART                                                                         |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Tributos Federais                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| PIS(R\$)                                                                         |  | 4,31                                                                                                                                                                                                               |  | COFINS(R\$)                                              |  | 19,89                   |  | IR(R\$)                                                                            |  |                                      |  | INSS(R\$)                         |  |  |  | CSLL(R\$)       |  | 6,63 |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                   |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  | Outras Informações      |  |                                                                                    |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Valor do Serviço R\$                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 663,15                                                   |  |                         |  | Natureza Operação                                                                  |  |                                      |  | Valor do Serviço R\$              |  |  |  | 663,15          |  |      |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                                                     |  |                         |  | 1-Tributação no município                                                          |  |                                      |  | (-) Deduções Permitidas em Lei    |  |  |  | 0,00            |  |      |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                                                     |  |                         |  | Regime Especial Tributação                                                         |  |                                      |  | (-) Desconto Incondicionado       |  |  |  | 0,00            |  |      |  |
| (-) Retenções Federais                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 30,83                                                    |  |                         |  | 0-Nenhum                                                                           |  |                                      |  | Base de Cálculo                   |  |  |  | 663,15          |  |      |  |
| (-) Outras Retenções                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                                                     |  |                         |  | Opção Simples Nacional                                                             |  |                                      |  | (x) Alíquota %                    |  |  |  | 3,00            |  |      |  |
| (-) ISSQN Retido                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                                                     |  |                         |  | 2 - Não                                                                            |  |                                      |  | ISSQN a Reter                     |  |  |  | ( ) Sim (X) Não |  |      |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 632,32                                                   |  |                         |  | Incentivador Cultural                                                              |  |                                      |  | (=) Valor do ISSQN R\$            |  |  |  | 19,89           |  |      |  |
|                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                          |  |                         |  | 2-Não                                                                              |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |
| Avisos                                                                           |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação. |  |                                                          |  |                         |  |                                                                                    |  |                                      |  |                                   |  |  |  |                 |  |      |  |