

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                          |                                      |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|--------|
|                                                                                                                                                        | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI</b>   |                                          | Número da Nota<br>2880               |        |
|                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Secretaria da Fazenda</b>              |                                          | Data de Emissão<br>03/01/2024 09:28  |        |
|                                                                                                                                                                                                                                       | <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> |                                          | Código de autenticidade<br>K10047M0H |        |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                          |                                      |        |
| Nome/Razão Social: COOPS ODONTOLOGIA LTDA                                                                                                                                                                                             |                                           |                                          |                                      |        |
| CPF/CNPJ: 05.305.395/0001-54                                                                                                                                                                                                          |                                           | Inscrição Municipal: 0012658001          |                                      |        |
| Logradouro: ADELINA DE SA                                                                                                                                                                                                             |                                           | Nº: SN                                   |                                      |        |
| Compl.: 1 PISO SALA 102                                                                                                                                                                                                               |                                           | Bairro: CENTRO                           |                                      |        |
| CEP: 42800051                                                                                                                                                                                                                         |                                           | Município: CAMAÇARI                      |                                      | UF: BA |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                            |                                           |                                          |                                      |        |
| Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA                                                                                                                                                                                |                                           |                                          |                                      |        |
| CPF/CNPJ: 78.738.101/0001-51                                                                                                                                                                                                          |                                           | Inscrição Municipal:                     |                                      |        |
| Logradouro: RUA IRMA FLAVIA BOURLET                                                                                                                                                                                                   |                                           | Nº: 197                                  |                                      |        |
| Compl.:                                                                                                                                                                                                                               |                                           | Bairro: HAUER                            |                                      |        |
| CEP: 81630170                                                                                                                                                                                                                         |                                           | Município: CURITIBA                      |                                      | UF: PR |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                     |                                           |                                          |                                      |        |
| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                             | QTD                                       | VALOR UNIT (R\$)                         | VALOR TOTAL (R\$)                    |        |
| PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO                                                                                                                                                                                                             | 1,0000                                    | 688,86                                   | 688,86                               |        |
| <div><div></div><div>XML</div><div></div><div>PDF</div></div> |                                           |                                          |                                      |        |
| <b>Retenções (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                |                                           | <b>Totais (R\$)</b>                      |                                      |        |
| PIS:                                                                                                                                                                                                                                  | 0,00                                      | Valor dos Serviços (R\$)                 | 688,86                               |        |
| COFINS:                                                                                                                                                                                                                               | 0,00                                      | Deduções (-)                             | 0,00                                 |        |
| INSS:                                                                                                                                                                                                                                 | 0,00                                      | Base de Cálculo (=)                      | 688,86                               |        |
| IR:                                                                                                                                                                                                                                   | 0,00                                      | Alíquota (%)                             | 2,00                                 |        |
| CSLL:                                                                                                                                                                                                                                 | 0,00                                      | Valor do ISS (R\$)                       | 13,77                                |        |
| Outras:                                                                                                                                                                                                                               | 0,00                                      | Valor Líquido da Nota (=)                | 688,86                               |        |
| Total de Retenções:                                                                                                                                                                                                                   | 0,00                                      |                                          |                                      |        |
| Tipo de tributação: A RECOLHER PELO PRESTADOR                                                                                                                                                                                         |                                           | Data da prestação do serviço: 03/01/2024 |                                      |        |
| Município da prestação do serviço: 2905701 - CAMACARI                                                                                                                                                                                 |                                           |                                          |                                      |        |
| Município da tributação: 2905701 - CAMACARI                                                                                                                                                                                           |                                           |                                          |                                      |        |
| CNAE:                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                          |                                      |        |
| Serviço: 000412 - ODONTOLOGIA.                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                          |                                      |        |