

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                          | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA</b> | <b>Número da Nota Fiscal</b><br><b>7618</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CIRO CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA</b><br>CIRO<br>AV ANHANGUERA, 5110 - SETOR CENTRAL, SALA 306 ED MOACIR TELES<br>CEP: 74.043-010 Goiânia-GO<br>Tel.: (62) 3921-8156   E-mail: gerenciafinanceiro@ciro radiologia.com.br<br>Inscrição Municipal: 995819   CNPJ: 86.882.925/0001-29 |                                        | <div><div>Data de Geração da NFS-e<br/>20/02/2026 11:02:32</div><div>Data de Competência/Emissão<br/>20/02/2026</div><div>Código de Autenticidade<br/>86DFF1FBA</div><div>Responsável pela Retenção</div></div> <div></div> |

|                                          |                    |                                                |                                   |                |
|------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| <b>Nota Fiscal de Serviço Eletrônica</b> |                    |                                                |                                   |                |
| Exigibilidade ISS<br>Exigível            | Número do Processo | Tipo RPS<br>RPS - Recibo Provisório de Serviço | Data de Emissão RPS<br>20/02/2026 | Número<br>4451 |
| Prestação de Serviço<br>Goiânia - GO     |                    | Incidência de ISS<br>Goiânia - GO              |                                   |                |

|                                          |                                                            |           |                 |                     |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|---------------------|
| <b>Dados do Tomador</b>                  |                                                            |           |                 |                     |
| CPF / CNPJ<br>78.738.101/0001-51         | Nome / Razão Social<br>Dental Uni cooperativa Odontologica |           |                 | Inscrição Municipal |
| Logradouro<br>Rua Irma Flavia Borlet 197 |                                                            | Nº<br>197 | Bairro<br>hauer | Complemento         |
| CEP<br>81.630-170                        | Cidade<br>Curitiba                                         | UF<br>PR  | Telefone        | E-mail              |

|                                   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Descrição dos Serviços</b>     |  |  |  |  |
| SERVICOS PRESTADOS AOS ASSOCIADOS |  |  |  |  |

|                                                                                      |                              |                                |                                                                             |                                  |                             |                        |                              |                                    |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Tributação</b>                                                                    |                              |                                |                                                                             |                                  |                             |                        |                              |                                    |                                   |
| Código Tributação Município<br>3.50 % - 04.02 - Análises clínicas, patologia, ele... |                              |                                | Código NBS<br>123019300                                                     |                                  |                             |                        |                              |                                    |                                   |
| CNAE<br>8640205 - Serviços de diagnóstico por imagem com u...                        |                              |                                | Serviço LC 116/2003<br>04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidad... |                                  |                             |                        |                              |                                    |                                   |
| <b>Valor Total Serviços</b><br>R\$ 47,58                                             | Base de Calculo<br>R\$ 47,58 | Ded. Base de Calc.<br>R\$ 0,00 | Desc. Condicionado<br>R\$ 0,00                                              | Desc. Incondicionado<br>R\$ 0,00 | Valor Serviços<br>R\$ 47,58 | Aliquota<br>0          | Valor ISS<br>R\$ 0,00        |                                    |                                   |
| ISS Retido<br>Não                                                                    | PIS<br>R\$ 0,00              | CSLL<br>R\$ 0,00               | COFINS<br>R\$ 0,00                                                          | INSS<br>R\$ 0,00                 | IRRF<br>R\$ 0,00            | ISS Retido<br>R\$ 0,00 | Outras Retenções<br>R\$ 0,00 | <b>Total Retenções</b><br>R\$ 0,00 | <b>Valor Líquido</b><br>R\$ 47,58 |

|                                                                                                              |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Outras Informações</b>                                                                                    |  |  |  |  |
|                                                                                                              |  |  |  |  |
| Para verificar a autenticidade da nota acesse <a href="http://www.portalfse.com.br">www.portalfse.com.br</a> |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                            |        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| <b>Recibo</b>                                                                                                                                                              |        |            |
| RECEBI(EMOS) DE <b>CIRO CENTRO INTEGRADO DE RADIODONTOLOGIA E IMAGINOLOGIA ODONTOLÓGICA</b> O SERVIÇO REF. NFS-E Nº <b>7618</b> E CODIGO DE AUTENTICIDADE <b>86DFF1FBA</b> |        |            |
| _____                                                                                                                                                                      | _____  | _____      |
| Data                                                                                                                                                                       | CPF/RG | Assinatura |