

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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>20200827u03204614000183 | Número da Nota<br><b>00000545</b>                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Data e Hora de Emissão<br><b>27/08/2020 09:28:22</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Código de Verificação<br><b>4DQE-H33F</b>            |

|                                                                           |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                              |                                         |
| CPF/CNPJ: <b>03.204.614/0002-64</b>                                       | Inscrição Municipal: <b>3.685.806-4</b> |
| Nome/Razão Social: <b>CENTRO ODONTOLOGICO INTERNACIONAL 24 HORAS LTDA</b> |                                         |
| Endereço: <b>R INHAMBU 01017 - UBERABINHA - CEP: 04520-013</b>            |                                         |
| Município: <b>São Paulo</b>                                               | UF: <b>SP</b>                           |

|                                                                      |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                           |                                                                       |
| Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b>      |                                                                       |
| CPF/CNPJ: <b>78.738.101/0001-51</b>                                  | Inscrição Municipal: <b>----</b>                                      |
| Endereço: <b>RUA IRMA FLAVIA BORLET 197 - HAUER - CEP: 81630-170</b> |                                                                       |
| Município: <b>Curitiba</b>                                           | UF: <b>PR</b> E-mail: <b>faturamento@odontolifeodontologia.com.br</b> |

|                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b> |                                |
| CPF/CNPJ: <b>----</b>            | Nome/Razão Social: <b>----</b> |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>   |  |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE EMERGÊNCIA |  |

|                                            |            |            |              |                 |
|--------------------------------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 315,00</b> |            |            |              |                 |
| INSS (R\$)                                 | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| -                                          | -          | -          | -            | -               |

|                                                  |                       |                               |                                            |               |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|---------------|
| Código do Serviço<br><b>04693 - Odontologia.</b> |                       |                               |                                            |               |
| Valor Total das Deduções (R\$)                   | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)                  | Valor do ISS (R\$)                         | Crédito (R\$) |
| <b>0,00</b>                                      | <b>315,00</b>         | <b>2,00%</b>                  | <b>6,30</b>                                | <b>0,00</b>   |
| Município da Prestação do Serviço<br>-           |                       | Número Inscrição da Obra<br>- | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte<br>- |               |

|                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                             |  |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/09/2020; |  |