



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20241220u50468781000111

Número da Nota	<b>00000029</b>
Data e Hora de Emissão	<b>20/12/2024 12:57:56</b>
Código de Verificação	<b>ZRCM-XIID</b>

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **50.468.781/0001-11**Inscrição Municipal: **7.682.612-0**Nome/Razão Social: **SB SMILE ODONTOLOGIA LTDA**Endereço: **R BENEDITO FERNANDES 545, CONJ 714 E 715 - SANTO AMARO - CEP: 04746-110**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA**Inscrição Municipal: **----**CPF/CNPJ: **78.738.101/0001-51**Endereço: **R Irmã Flávia Borlet 197 - Hauer - CEP: 81630-170**Município: **Curitiba**UF: **PR** E-mail: **-----****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 178,50**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>04693 - Odontologia.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>*</b>	Aliquota (%) <b>*</b>	Valor do ISS (R\$) <b>*</b>	Crédito (R\$) <b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço <b>-</b>	Número Inscrição da Obra <b>-</b>		Valor Aproximado dos Tributos / Fonte <b>-</b>	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(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;