

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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>20230211u27256578000160 | Número da Nota<br><b>00040681</b>                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Data e Hora de Emissão<br><b>11/02/2023 11:21:14</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Código de Verificação<br><b>JNK1-GSRV</b>            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b><br> CPF/CNPJ: <b>27.256.578/0001-60</b> Inscrição Municipal: <b>5.669.699-0</b><br>Nome/Razão Social: <b>ICC CLINICA DE RADIOLOGIA E DIAGNOSTICOS POR IMAGENS LTDA - E</b><br>Endereço: <b>R PIO XI 00118 - ALTO DA LAPA - CEP: 05060-000</b><br>Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b><br>Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS</b><br>CPF/CNPJ: <b>78.738.101/0001-51</b> Inscrição Municipal: <b>----</b><br>Endereço: <b>IRM FLAVIA BORLET 197 197 - VILA HAUER - CEP: 81630-170</b><br>Município: <b>Curitiba</b> UF: <b>PR</b> E-mail: <b>notafiscal@sorrisoassist.com.br</b> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

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

|                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b><br>SERVIÇOS PRESTADOS DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA<br><br>VALOR LIQUIDO: R\$2722,03 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                              |            |            |              |                 |
|----------------------------------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 2.900,40</b> |            |            |              |                 |
| INSS (R\$)                                   | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| -                                            | 43,51      | 29,00      | 87,01        | 18,85           |

|                                   |                       |                          |                                       |               |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------|
| Código do Serviço                 |                       |                          |                                       |               |
| <b>04170 - Laboratórios.</b>      |                       |                          |                                       |               |
| Valor Total das Deduções (R\$)    | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$) |
| 0,00                              | 2.900,40              | 2,00%                    | 58,00                                 | 0,00          |
| Município da Prestação do Serviço |                       | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |               |
| -                                 |                       | -                        | -                                     |               |

|                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b><br>(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/03/2023; |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|