

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
|                           | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b>                                                                          | Número da Nota<br><b>00000759</b>                    |                                       |                                    |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                              | Data e Hora de Emissão<br><b>09/03/2023 15:38:13</b> |                                       |                                    |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                              | Código de Verificação<br><b>eb79bb9b</b>             |                                       |                                    |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
|                           | Nome/Razão Social: <b>ORALCORP - SERVICOS ODONTOLOGICOS INTEGRADA LTDA</b>                                                                                                                                                   |                                                      |                                       |                                    |
|                                                                                                            | CPF/CNPJ: <b>08.473.814/0002-36</b> Inscrição Municipal: <b>00162203-0</b>                                                                                                                                                   |                                                      |                                       |                                    |
|                                                                                                            | Endereço: <b>AVENIDA FRANCISCO GLICERIO, Nº001046 - CONJUNTO 33 34 E 35 - BAIRRO CENTRO - CEP:13012-100</b>                                                                                                                  |                                                      |                                       |                                    |
|                                                                                                            | Município: <b>CAMPINAS</b> UF: <b>SP</b> Telefone: <b>(19) 33883128</b>                                                                                                                                                      |                                                      |                                       |                                    |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| CPF/CNPJ: <b>78.738.101/0001-51</b> Inscrição Municipal: <b>00000000-0</b>                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| Endereço: <b>RUA IRMÃ FLÁVIA BORLET, Nº197 - BAIRRO HAUER - CEP:81630-170</b>                              |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| Município: <b>CURITIBA</b> UF: <b>PR</b> E-mail: <b>DOMINGUESSOCIETARIO@BOL.COM.BR</b> Telefone: <b>()</b> |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| <b>Descrição:</b> SERVIÇOS PRESTADOS                                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| <b>Tributável</b>                                                                                          | <b>Item</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>Qtde</b>                                          | <b>Unitário R\$</b>                   | <b>Total R\$</b>                   |
| <b>SIM</b>                                                                                                 | <b>SERVIÇOS PRESTADOS</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>1</b>                                             | <b>598,12</b>                         | <b>598,12</b>                      |
|                                                                                                            | Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 8630-5/04-00 - Atividade odontologica com recursos para realizacao de procedimentos cirurgicos. |                                                      |                                       |                                    |
| <b>DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| PIS (0,0000%):<br><b>R\$ 0,00</b>                                                                          | COFINS (0,0000%):<br><b>R\$ 0,00</b>                                                                                                                                                                                         | INSS (0,0000%):<br><b>R\$ 0,00</b>                   | IR (0,0000%):<br><b>R\$ 0,00</b>      | CSLL (0,0000%):<br><b>R\$ 0,00</b> |
| <b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 598,12</b>                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| Deduções Base Cálculo ISSQN:<br><b>R\$ 0,00</b>                                                            | Base de Cálculo ISSQN:<br><b>***</b>                                                                                                                                                                                         | Alíquota ISSQN:<br><b>***</b>                        | Alíquota Efetiva ISSQN:<br><b>***</b> | ISSQN Devido:<br><b>***</b>        |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| Mês de Competência da Nota Fiscal: 03/2023                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              | Local da Prestação do Serviço: CAMPINAS/SP           |                                       |                                    |
| Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR                                                                |                                                                                                                                                                                                                              | Tributação: TRIBUTÁVEL S.N.                          |                                       |                                    |
| Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional                                              |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| CNAE: 8630-5/04-00                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |
| Descrição da Atividade: ATIVIDADE ODONTOLOGICA COM RECURSOS PARA REALIZACAO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                       |                                    |

|                               |
|-------------------------------|
| Serviço: 04.12 - Odontologia. |
|-------------------------------|