
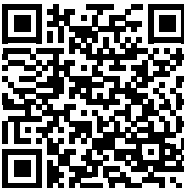


| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------|--|
| <div><div>Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Fazenda do Distrito Federal Fone: (61) - www.economia.df.gov.br</div></div> | | | | | Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e | |
| | | | | | Número da Nota Fiscal 1553 | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Prestador de Serviço | | | | | | |
| <div><div>CISO CLINICA INTEGRADA DE SAUDE ODONTOLOGICA LTDA CISO CLINICA INTEGRADA DE SAUDE ODONTOLOGICA CSB 02 LOTES 1 A 4 TORRE A SALA 707, TAGUATINGA SUL CEP: 72015-901 - Brasilia/DF alamedaciso@gmail.com Inscrição Municipal: 0777243100194 - CPF / CNPJ: 25.025.483/0001-00 Telefone: (61)9292-7640</div></div> | | | | Data de Geração da NFS-e 17/08/2025 23:05:31 | |  |
| | | | | Data de Competência/Emissão 17/08/2025 | | |
| | | | | Cód. de Autenticidade 1D3C4A3B7 | | |
| | | | | Responsável pela Retenção | | |

| | | | | | |
|------------------------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| Identificação da Nota Fiscal Eletrônica | | | | | |
| Natureza da Operação Exigível | | Número do RPS 1555 | Série do RPS 3 - RPS - Recibo Provisórios de Serviços | Data de Emissão do RPS 17/08/2025 23:05:31 | |
| Local dos Serviços Brasília / DF | | | Município Incidência Brasilia/DF | | |

| | | | |
|------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|
| Dados do Tomador de Serviços | | | |
| CPF / CNPJ : 78.738.101/0001-51 | | Inscrição Municipal : | |
| Nome / Razão : DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA | | | |
| Endereço : Rua Irma Flavia Borlet, 197 | | Número : . | |
| Complemento : | | Bairro : HAUER | |
| CEP : 81630-170 | | Cidade/UF : Curitiba / PR | |
| Telefone : (41)3233-6924 | | E-mail : faturamento@odontolifeodontologia.com.br | |

| | | |
|-------------------------------------------|---------------------|--------------|
| Dados do Intermediário de Serviços | | |
| CNPJ | Inscrição Municipal | Razão Social |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Descrição dos Serviços | | | | | | | |
| SERVICOS ODONTOLOGICOS | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Detalhamento dos Tributos | | | | | | | |
| Atividade do Município 412 - Odontologia. | | | | Alíquota 2,00 | Item da LC116/2003 04.12 | Cód. NBS | Cód. CNAE 8630504 |
| VI. Total dos Serviços R\$ 114,38 | Desconto Incondicionado R\$ 0,00 | Deduções Base Cálculo R\$ 0,00 | Base de Cálculo R\$ 114,38 | Total do ISSQN R\$ 2,29 | ISSQN Retido Não | Desconto Condicionado R\$ 0,00 | |
| PIS R\$ 0,00 | COFINS R\$ 0,00 | INSS R\$ 0,00 | IRRF R\$ 0,00 | CSLL R\$ 0,00 | Outras Retenções R\$ 0,00 | VI. ISSQN Retido R\$ 0,00 | VI. Líquido da Nota Fiscal R\$ 114,38 |
| Construção Civil | | Cód. Obra | | | Art. | | |
| Regime Especial de Tributação | | | | | Incentivador Fiscal Não | Opção Simples Nacional Não | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Informações Adicionais | |
| PROCON: TEL 151- SETOR COMERCIAL SUL, QUADRA 8, BLOCO B-60, SALA 240- BRASILIA - DF | |

- Data e Hora da Impressão: 17/08/2025 23:05:31

Sistema: Quero Faturar -