

|                                                                                                                                   |                                                   |                                       |                                                      |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------|
| <br>20251031u50649726000128                      | <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b>       |                                       | Número da Nota<br><b>00000057</b>                    |                 |
|                                                                                                                                   | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b>            |                                       | Data e Hora de Emissão<br><b>31/10/2025 11:00:09</b> |                 |
|                                                                                                                                   | <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> |                                       | Código de Verificação<br><b>MIZI-M1YF</b>            |                 |
|                                                                                                                                   | <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                      |                                       |                                                      |                 |
| CPF/CNPJ: <b>50.649.726/0001-28</b> Inscrição Municipal: <b>7.694.109-4</b>                                                       |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Nome/Razão Social: <b>CLINICA GR SAUDE LTDA</b>                                                                                   |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Endereço: <b>AV DR EDUARDO COTCHING 1777, EDIF RUA CRISTOVAO GI - VILA FORMOSA - CEP: 03356-001</b>                               |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>                                                                                         |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                        |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Nome/Razão Social: <b>DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b> Inscrição Municipal: <b>----</b>                                    |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| CPF/CNPJ: <b>78.738.101/0001-51</b>                                                                                               |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Endereço: <b>Rua IRMA FLAVIA BORLET 197 - HAUER - CEP: 81630-170</b>                                                              |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Município: <b>Curitiba</b> UF: <b>PR</b> E-mail: <b>pamella.thums@dentalluni.com.br</b>                                           |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>                                                                                                  |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>                                                                              |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                 |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Período de Competência: <b>OUTUBRO/2025</b>                                                                                       |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Relatório: <b>Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos</b>                                                                       |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| Razão Social: <b>CLINICA GR SAUDE LTDA</b>                                                                                        |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| CNPJ: <b>50649726000128 (CLINICA GR SAUDE LTDA)</b>                                                                               |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 21,60</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\$)                             | Aliquota (%)                          | Valor do ISS (R\$)                                   | Crédito (R\$)   |
| <b>0,00</b>                                                                                                                       | *                                                 | *                                     | *                                                    | <b>0,00</b>     |
| Município da Prestação do Serviço                                                                                                 | Número Inscrição da Obra                          | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                                                      |                 |
| -                                                                                                                                 | -                                                 | -                                     |                                                      |                 |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>                                                                                                         |                                                   |                                       |                                                      |                 |
| (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; |                                                   |                                       |                                                      |                 |