

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
005262/2014 Ordinário	Orcamentario

ÓRGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERV. DE TERCE	359	2513

CREDOR 3838 CLINICOR - SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ 15.254.653/0001-74

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
RUA CLAUDINA BISSACO 88 CENTRO		Abelardo Luz

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	1		1375	05.08.14	05.08.14

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.713.000,00	680.931	4.000,00	676.931,62

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS (CARDIOLOGIA)	3.820,00	3.820,00
2	1		VALOR REFERENTE ISS	120,00	120,00
3	1		VALOR REFERENTE IRRF	60,00	60,00

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	4.000,00	

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO	
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	4.000,00	

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	LOIDIR SALVI CRC 32.667/0	
FUNICIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

<b>ORDEM DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____  TESOURARIA	<b>RECIBO 5493 R\$</b> DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.  11 DE 08 DE 14  CREDOR
---	---

BANCO	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	7000-9	



**Município de Abelardo Luz**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Número e Série da NFS-e  
**0000000004 / A1**

Data e Hora da Emissão  
**30/07/2014 15:46:20**

Código de Verificação  
**GDAP-UFAC**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **15.254.653/0001-74** Inscrição Municipal: **2606**  
Nome: **CLINICOR - SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Endereço: **CLAUDINA BISSACO, 88,**  
CEP: **89830-000** Bairro: **CENTRO**  
Município: **ABELARDO LUZ** UF: **SC**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **09.323.218/0001-51**  
Nome: **MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA DO OESTE**  
Endereço: **RUA ABILON DE SOUZA NAVES, S/Nº,**  
CEP: **85580-000** Bairro: **CENTRO**  
Município: **ITAPEJARA D'OESTE** UF: **PR**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS (CARDIOLOGIA).

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO: R\$ 4.000,00**

Código do Serviço:

**4.01 - Medicina e biomedicina**

Natureza de Operação

**201 - ISS retido pelo tomador ou intermediário do serviço**

Valor Serviços	Base de Cálculo	Alíquota ISS	Valor ISS retido	Valor ISS
<b>4.000,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>3,00 %</b>	<b>120,00</b>	<b>0,00</b>
Desconto incondicional	Desconto condicional	Valor PIS	Valor COFINS	Valor INSS
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Valor IR	Valor CSLL	Outras retenções	Valor deduções	Valor líquido da NFS-e
<b>60,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.820,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES (USO EXCLUSIVO DO MUNICÍPIO)**

- Lei Municipal 2.295/2013  
Regulamentada pelo Decreto 404/2013