



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 005418/2014 Ordinario		RECURSO Orcamentario	
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE			UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900		OUTROS SERV. DE TERCE 359		COD. DESDOBR. 2513	
CREDOR 2656 CDIP - CLIN. DIAG. POR IMAG. SUD. P			CHPJ 09.427.099/0001-87		
ENDEREÇO AVENIDA BRASIL 230 CENTRO		FONE 4632202700		CIDADE PATO BRANCO	
LICITAÇÃO Nao se Aplica		NÚMERO		CONVÊNIO	
		CONTRATO		EMISSÃO 15.08.14	
				VENCIMENTO 15.08.14	
VALOR ORÇADO 1.713.000,00		SALDO ANTERIOR 627.323		VALOR DO EMPENHO 30,00	
				SALDO ATUAL 627.293,18	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE EXAME P/PACIENTE:ANTONIO BORGES D	30,00	30,00
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	30,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	30,00
EMITIDO		VISTO		AUTORIZO A DESPESA	
		LOIDIR SALVI CRC 32.667/0			
FUNCIONARIO		CONTADORA		SECRETÁRIO	
ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____				RECIBO 7295 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITACÃO. 7 DE 10 DE 14	
TESOURARIA				CREDOR	
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 7000-9		ANOTAÇÕES	



Número da Nota
20140000000324

Data e Hora de Emissão
18/08/14 15:06:25

Código de Verificação
c0e0fd19

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Competência:
08/2014

Número do RPS:
333

Número da NFSe substituída:
0



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **CDIPSUL - CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DO SUL LTDA**
 CPF/CNPJ: **09.427.099/0001-87** Inscrição Municipal: **260113**
 Endereço: **AV BRASIL, 230 - CENTRO DA CIDADE - CEP: 85501-080**
 Complemento:
 Município: **4118501 - Pato Branco/PR** UF: **PR** Telefone: **()3220-2700**
 e-mail: **cdip@contabilgm.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **Fundo Municipal De Itapejara Do Oeste**
 CPF/CNPJ: **09.323.218/0001-51** Inscrição Estadual:
 Endereço: **Rua Abelon De Souza Nairs, S/N - Centro - CEP: 85500-000** Inscrição Municipal:
 Complemento:
 Município: **4111209 - Itapejara D Oeste/PR** UF: **PR** Telefone:
 e-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Exame referente ao paciente Antonio Borges Rodrigues

Código do Serviço: **04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.**

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IR (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços

Valor dos Serviços	30,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00
(-) Outras Retenções	0,00
(-) ISS Retido	0,00
(=) Valor Líquido	30,00

Outras Informações

Natureza da Operação
1 - Tributação no município

Regime Especial de Tributação
0 - Nenhum

Opção Simples Nacional Não
Incentivador Cultural Não

Cálculo do ISSQN devido no Município

Valor dos Serviços	30,00
(-) Deduções permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(=) Base de Cálculo	30,00
(x) Alíquota (%)	2,00
ISS a reter:	Não

(=) Valor ISS 0,60

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 30,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 18/08/2014 15:05

Reci(emos) de **CDIPSUL - CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DO SUL LTDA**
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica de Serviço (NFSe) ao lado.

DATA: _____

Identificação e Assinatura do Recebedor

Número da Nota
20140000000324