

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS
CNPJ: 09.323.218/0001.51**NOTA DE EMPENHO**Nº DO EMPENHO/TIPO: 005623/2014 Ordinário
RECURSO: OrcamentarioÓRGÃO: 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOTAÇÃO: 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERV. DE TERCEIROS
Nº CONTA: 359
COD. DESDOBR.: 2513CREDOR: 2656 CDIP - CLIN. DIAG. POR IMAG. SUD. P
CNPJ: 09.427.099/0001-87ENDEREÇO: AVENIDA BRASIL 230 CENTRO
FONE: 4632202700
CIDADE: PATO BRANCOLICITAÇÃO: Não se Aplica
NÚMERO: _____
CONVÊNIO: _____
CONTRATO: _____
EMIÇÃO: 27.08.14
VENCIMENTO: 27.08.14VALOR ORÇADO: 1.713.000,00
SALDO ANTERIOR: 604.787
VALOR DO EMPENHO: 355,00
SALDO ATUAL: 604.432,71

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE EXAME:TC AB TOTAL	355,00	355,00

FONTE DE RECURSO: 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos
TOTAL LÍQUIDO: 355,00NOME DO PROJETO/ATIVIDADE: Manutencao do Fundo Municipal de Saude
TOTAL BRUTO: 355,00

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

ORDEN DE PAGAMENTO
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.
____ DE _____ DE _____

TESOURARIA**RECIBO 7291 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 QUITAÇÃO.
7 DE 10 DE 14

CREDORBANCO: _____
Nº CHEQUE: _____
Nº DA CONTA: 4000-9

ANOTAÇÕES



Número da Nota

20140000000426

Data e Hora de Emissão

28/08/14 11:12:15

Código de Verificação

a7296408

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Competência:

08/2014

Número do RPS:

435

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:

Telefone: **()3220-2700**Município: **4118501 - Pato Branco/PR**UF: **PR**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:

Inscrição Municipal:

Endereço: **Rua Abelon De Souza Nairs, S/N - Centro - CEP: 85500-000**

Complemento:

Telefone:

Município: **4111209 - Itapejara D Oeste/PR**UF: **PR**

e-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

1º Item -> Desc: Tc Abdomen Total - Qtde: 1,00 - Vlr. Unit.: 355,00

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		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município
Valor dos Serviços	355,00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços	355,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1 - Tributação no município	(-) Deduções permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0 - Nenhum	(=) Base de Cálculo	355,00
(-) Outras Retenções	0,00		(x) Alíquota (%)	2,00
(-) ISS Retido	0,00		ISS a reter:	Não
(=) Valor Líquido	355,00	Opção Simples Nacional	(=) Valor ISS	7,10
		Incentivador Cultural		

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 355,00**OUTRAS INFORMAÇÕES**

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/08/2014 11:11

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

20140000000426