

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | |
|--|--------------------------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO 006282/2014 Ordinário | RECURSO Orcamentario |
|--|--------------------------------|

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

| | |
|---|--------------------------------|
| CREADOR 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 | EMIÇÃO 12.09.14 | VENCIMENTO 12.09.14 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------|

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| VALOR ORÇADO 1.713.000,00 | SALDO ANTERIOR 495.597 | VALOR DO EMPENHO 470,00 | SALDO ATUAL 495.127,35 |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | VALOR REFERENTE EXAME:RM SA ILIACAS | 470,00 | 470,00 |

| | | |
|---|----------------------|--------|
| FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | TOTAL LÍQUIDO | 470,00 |
|---|----------------------|--------|

| | | |
|--|--------------------|--------|
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude | TOTAL BRUTO | 470,00 |
|--|--------------------|--------|

| | | |
|--------------------|------------------------------|---------------------------|
| EMITIDO | VISTO | AUTORIZO A DESPESA |
| FUNCIONARIO | LOIDIR SALVI CRC 32.667/O | SECRETÁRIO |
| | CONTADORA | |

ORDEM DE PAGAMENTO

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

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 8914 R\$

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.

09 DE 12 DE 14

CREDOR

| | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------|
| BANCO Nº CHEQUE | Nº DA CONTA 7000-9 | ANOTAÇÕES |
|---------------------------|------------------------------|------------------|



Número da Nota
20140000000587

Data e Hora de Emissão
12/09/14 08:40:31

Código de Verificação
cd509b84

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

| | | |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| Competência: 09/2014 | Número do RPS: 620 | 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**
 F/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: Rm Sacro Iliacas - Qtde: 1,00 - Vlr. Unit.: 470,00

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

TRIBUTOS FEDERAIS

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

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | |
|--|---------------|-------------------------------|-----|--------------------------------------|-------------|
| Valor dos Serviços | 470,00 | Natureza da Operação | | Valor dos Serviços | 470,00 |
| (-) 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 | 470,00 |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | | (x) Alíquota (%) | 2,00 |
| (-) ISS Retido | 0,00 | | | ISS a reter: | Não |
| (=) Valor Líquido | 470,00 | Opção Simples Nacional | Não | (=) Valor ISS | 9,40 |
| | | Incentivador Cultural | Não | | |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 470,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 12/09/2014 08:41

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

 DATA Identificação e Assinatura do Recebedor

Número da Nota
20140000000587