

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b><br>006283/2014 Ordinário | <b>RECURSO</b><br>Orçamentário |
|--|--------------------------------|

|   |  |
|---|--|
| <b>ORGÃO</b><br>07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE | <b>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA</b><br>02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
|---|--|

|  |                        |                              |
|--|------------------------|------------------------------|
| <b>DOTAÇÃO</b><br>103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERV. DE TERCE | <b>Nº CONTA</b><br>359 | <b>COD. DESDOBR.</b><br>2513 |
|--|------------------------|------------------------------|

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>CREDOR</b> 2656 CDIP - CLIN. DIAG. POR IMAG. SUD. P | <b>CNPJ</b> 09.427.099/0001-87 |
|--|--------------------------------|

|  |                           |                              |
|--|---------------------------|------------------------------|
| <b>ENDEREÇO</b><br>AVENIDA BRASIL 230 CENTRO | <b>FONE</b><br>4632202700 | <b>CIDADE</b><br>PATO BRANCO |
|--|---------------------------|------------------------------|

|                                   |               |                 |                 |                           |                               |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------|
| <b>LICITAÇÃO</b><br>Nao se Aplica | <b>NÚMERO</b> | <b>CONVÊNIO</b> | <b>CONTRATO</b> | <b>EMIÇÃO</b><br>12.09.14 | <b>VENCIMENTO</b><br>12.09.14 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------|

|                                     |                                  |                                   |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <b>VALOR ORÇADO</b><br>1.713.000,00 | <b>SALDO ANTERIOR</b><br>495.127 | <b>VALOR DO EMPENHO</b><br>750,00 | <b>SALDO ATUAL</b><br>494.377,35 |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO                     | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| 1    | 1      |       | VALOR REFERENTE EXAME:ANGIO TORAX | 750,00         | 750,00      |

|   |                      |        |
|---|----------------------|--------|
| <b>FONTE DE RECURSO</b><br>303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | <b>TOTAL LÍQUIDO</b> | 750,00 |
|---|----------------------|--------|

|  |                    |        |
|--|--------------------|--------|
| <b>NOME DO PROJETO/ATIVIDADE</b><br>Manutencao do Fundo Municipal de Saude | <b>TOTAL BRUTO</b> | 750,00 |
|--|--------------------|--------|

|                  |                              |                           |
|------------------|------------------------------|---------------------------|
| <b>EMITIDO</b>   | <b>VISTO</b>                 | <b>AUTORIZO A DESPESA</b> |
| <b>FUNCIÁRIO</b> | LOIDIR SALVI<br>CRC 32.667/0 | <b>SECRETÁRIO</b>         |
|                  | <b>CONTADORA</b>             |                           |

|  |  |
|--|--|
| <b>ORDEM DE PAGAMENTO</b><br>PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.<br><br>_____ DE _____ DE _____<br><br><b>TESOURARIA</b> | <b>RECIBO 8913 R\$</b><br>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.<br>09 DE 12 DE 14<br><br><b>CREDOR</b> |
|--|--|

|                           |                          |                  |
|---------------------------|--------------------------|------------------|
| <b>BANCO</b><br>Nº CHEQUE | <b>Nº DA CONTA</b> 700-9 | <b>ANOTAÇÕES</b> |
|---------------------------|--------------------------|------------------|



### Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Número da Nota

20140000000588

Data e Hora de Emissão

12/09/14 08:53:13

Código de Verificação

ae706830

Competência:

09/2014

Número do RPS:

621

Número da NFS-e 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, 0 - Centro - CEP: 85500-000

Complemento:

Telefone:

Município: 4111209 - Itapejara D Oeste/PR

UF: PR

e-mail:

#### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

1 Item -> Desc: Angio Tc De Torax - Qtde: 1,00 - Vlr. Unit.: 750,00

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\$)

11,25

INSS (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

#### Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços

|                             |        |
|-----------------------------|--------|
| Valor dos Serviços          | 750,00 |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00   |
| (-) Desconto Condicionado   | 0,00   |
| (-) Retenções Federais      | 11,25  |
| (-) Outras Retenções        | 0,00   |
| (-) ISS Retido              | 0,00   |

#### Outras Informações

Natureza da Operação  
1 - Tributação no município

Regime Especial de Tributação  
0 - Nenhum

#### Cálculo do ISSQN devido no Município

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Valor dos Serviços             | 750,00 |
| (-) Deduções permitidas em Lei | 0,00   |
| (-) Desconto Incondicionado    | 0,00   |
| (=) Base de Cálculo            | 750,00 |
| (x) Alíquota (%)               | 2,00   |
| ISS a reter:                   | Não    |

(=) Valor Líquido **738.75**

Opção Simples Nacional Não  
Incentivador Cultural Não

(=) Valor ISS **15,00**

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 750,00

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 12/09/2014 14:44

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

DATA

Identificação e Assinatura do Recebedor

Número da Nota

20140000000588