



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO: 006326/2014 Ordinário
RECURSO: Orcamentario

ORGÃO: 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: 15.09.14
VENCIMENTO: 15.09.14

VALOR ORÇADO: 1.713.000,00
SALDO ANTERIOR: 449.554
VALOR DO EMPENHO: 170,00
SALDO ATUAL: 449.384,51

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE EXAME:TC CR	170,00	170,00

FONTE DE RECURSO: 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos
TOTAL LÍQUIDO: 170,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE: Manutencao do Fundo Municipal de Saude
TOTAL BRUTO: 170,00

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

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

RECIBO 8910 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 DA CONTA: 7000-9
ANOTAÇÕES: _____



Número da Nota
201400000000637

Data e Hora de Emissão
15/09/14 17:14:45

Código de Verificação
fa6633e8

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Competência:
09/2014

Número do RPS:
669

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 Cranio - Qtde: 1,00 - Vlr. Unit.: 170,00

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	170,00	Natureza da Operação		Valor dos Serviços	170,00
(-) 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	170,00
(-) Outras Retenções	0,00			(x) Alíquota (%)	2,00
(-) ISS Retido	0,00			ISS a reter:	Não
(=) Valor Líquido	170,00	Opção Simples Nacional	Não	(=) Valor ISS	3,40
		Incentivador Cultural	Não		

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 170,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 15/09/2014 17:12

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

Número da Nota
201400000000637

DATA

Identificação e Assinatura do Recebedor