



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 007142/2014 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
---	-----------------	-----------------------

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

ENDEREÇO AVENIDA BRASIL 230 CENTRO	FONE 4632202700	CIDADE PATO BRANCO
---------------------------------------	--------------------	-----------------------

LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO 06.10.14	VENCIMENTO 06.10.14
----------------------------	--------	----------	----------	--------------------	------------------------

VALOR ORÇADO 1.713.000,00	SALDO ANTERIOR 323.398	VALOR DO EMPENHO 120,00	SALDO ATUAL 323.278,83
------------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE EXAME:US AB TOTAL	120,00	120,00

FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	TOTAL LÍQUIDO	120,00
--	---------------	--------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude	TOTAL BRUTO	120,00
---	-------------	--------

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
FUNCIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

ORDEM DE PAGAMENTO

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

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 8889 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
20140000000849

Data e Hora de Emissão
07/10/14 14:08:22

Código de Verificação
b24923f8

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Competência: 10/2014	Número do RPS: 870	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: Us Abdomen Total - Qtde: 1,00 - Vir. Unit.: 120,00

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	120,00	Natureza da Operação		Valor dos Serviços	120,00
(-) 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	120,00
(-) Outras Retenções	0,00			(x) Alíquota (%)	2,00
(-) ISS Retido	0,00			ISS a reter:	Não
(=) Valor Líquido	120,00	Opção Simples Nacional	Não	(=) Valor ISS	2,40
		Incentivador Cultural	Não		

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 120,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 07/10/2014 14:08

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
20140000000849