

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS  
CNPJ: 09.323.218/0001.51**NOTA DE EMPENHO**

		Nº DO EMPENHO/TIPO 007366/2014 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		
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 22.10.14	VENCIMENTO 22.10.14
VALOR ORÇADO 1.713.000,00	SALDO ANTERIOR 287.683	VALOR DO EMPENHO 60,00		SALDO ATUAL 287.623,43	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE EXAME:US OBSTETRICA	60,00	60,00
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos			TOTAL LÍQUIDO		60,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude			TOTAL BRUTO		60,00
EMITIDO		VISTO		AUTORIZO A DESPESA	
FUNCCIONARIO		CONTADORA		SECRETÁRIO	
ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____  TESOURARIA			RECIBO 6092 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTANCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITACÃO. 09 DE 12 DE 14  CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 7000-9	ANOTAÇÕES		



Número da Nota

20140000000998

Data e Hora de Emissão

22/10/14 07:30:31

Código de Verificação

0a823bac

**Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e**Competência:  
10/2014Número do RPS:  
1016Número 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, S/N - Centro - CEP: 85500-000**  
 Complemento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Município: **4111209 - Itapejara D Oeste/PR** UF: **PR** e-mail: \_\_\_\_\_

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

1º Item -&gt; Desc: Us Obstétrica - Qtde: 1,00 - Vlr. Unit.: 60,00

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**

Valor dos Serviços	60,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00
(-) Outras Retenções	0,00
(-) ISS Retido	0,00
<b>(=) Valor Líquido</b>	<b>60,00</b>

**Outras Informações**

Natureza da Operação  
1 - Tributação no município

Regime Especial de Tributação  
0 - Nenhum

**Cálculo do ISSQN devido no Município**

Valor dos Serviços	60,00
(-) Deduções permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(=) Base de Cálculo	60,00
(x) Alíquota (%)	2,00
ISS a reter:	Não
<b>(=) Valor ISS</b>	<b>1,20</b>

Opção Simples Nacional Não  
Incentivador Cultural Não

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 60,00****OUTRAS INFORMAÇÕES**

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 22/10/2014 07:31

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

DATA

Identificação e Assinatura do Recebedor

Número da Nota

20140000000998