

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
000022/2015 Ordinário	Orcamentario

ÓRGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERV. DE TERCE	409	2581

CREDOR 3838 CLINICOR - SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ 15.254.653/0001-74

ENDEREÇO RUA CLAUDINA BISSACO 88 CENTRO FONE CIDADE Abelardo Luz

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	1		1375	05.01.15	05.01.15

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.900.000,00	1.896.107	2.400,00	1.893.707,57

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICO DE ATENDIMENTO MEDICO, MES 12/2 (CARDIOLOGIA)	2.364,00	2.364,00
2	1		VALOR REFERENTE IRRF	36,00	36,00

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	2.400,00
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos		

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO	2.400,00
Manutencao do Fundo Municipal de Saude		

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

ORDEN DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____ TESOURARIA	RECIBO 344 R\$ 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. 27 DE 03 DE 15 CREDOR
---	--

BANCO	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	7000-9	

**Município de Abelardo Luz**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-eNúmero e Série da NFS-e
00000000030 / A1Data e Hora da Emissão
05/01/2015 17:32:09Código de Verificação
XFLG-YTJN**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **15.254.653/0001-74** Inscrição Municipal: **2606**
Nome: **CLINICOR - SERVIÇOS MEDICOS LTDA**
Endereço: **CLAUDINA BISSACO, 88**
CEP: **89830-000** Bairro: **CENTRO**
Município: **ABELARDO LUZ** UF: **SC**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **76.995.430/0001-52**
Nome: **MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE**
Endereço: **AVENIDA MANUEL RIBAS, 620,**
CEP: **85580-000** Bairro: **CENTRO**
Município: **ITAPEJARA D'OESTE** UF: **PR**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

ATENDIMENTO MEDICO MÊS DE DEZEMBRO (CARDIOLOGIA)

VALOR TOTAL DO SERVIÇO: R\$ 2.400,00

Código do Serviço:

4.01 - Medicina e biomedicina

Natureza de Operação

201 - ISS retido pelo tomador ou intermediário do serviço

Valor Serviços	Base de Cálculo	Alíquota ISS	Valor ISS retido	Valor ISS
2.400,00	2.400,00	3,00 %	72,00	0,00
Desconto incondicional	Desconto condicional	Valor PIS	Valor COFINS	Valor INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valor IR	Valor CSLL	Outras retenções	Valor deduções	Valor líquido da NFS-e
36,00	0,00	0,00	0,00	2.292,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (USO EXCLUSIVO DO MUNICÍPIO)

- Lei Municipal 2.295/2013
Regulamentada pelo Decreto 404/2013