



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
000038/2015 Ordinário	Orcamentario

ORGÃO	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	CHPJ 13.086.930/0001-51	
4132 NIEHUES, BLEICH E CIA LTDA		

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
AV. ANTONIO DE PAIVA CANTELMO 8		FRANCISCO BELTRAO

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Pregao	2		1526	05.01.15	05.01.15

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.900.000,00	1.875.341	7.500,00	1.867.841,57

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVIÇO DE DE RAIOS X PARA USUÁRIO DO S DE SAUDE DO MUNICÍPIO	7.350,00	7.350,00
2	1		VALOR REFERENTE ISS	150,00	150,00

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	7.500,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutenção do Fundo Municipal de Saude	7.500,00

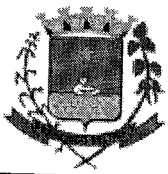
EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	LOIDIR SALVI CRC 32.667/0	
FUNCIÁRIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

<b>ORDEN DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____  _____ <b>TESOURARIA</b>
---

<b>RECIBO 353 R\$</b> 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 QUITAÇÃO. 27 DE 01 DE 15  _____ <b>CREDOR</b>
--

BANCO	Nº DA CONTA
Nº CHEQUE	7000-9

ANOTAÇÕES
-----------



**MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO**  
Secretaria de Finanças - Departamento de Fiscalização Tributária  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

**047**

Data e Hora da Emissão:

**08/01/2015 17:34:35**

Operador Emissor:

ASSESSORIA C.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ: **13086930000151**

I.E.:

I.M.: **133485**

Telefone: **3524 1962**

Razão Social: **NIEHUES, BLEICH & CIA LTDA**

Endereço: **AV ANTONIO DE PAIVA CANTELMO, 860 - Q 128 LTE 02 - CENTRO - 85601270**

Município: **Francisco Beltrão**

UF: **PR**

e-Mail: **sudoeste@ig.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **76995430000152**

I.E.:

Nome/Razão: **PREF. MUN. DE ITAPEJARA DO OESTE**

Endereço: **AV. MANOEL RIBAS, 620 - CENTRO - 85580000**

Município: **Itapejara d'Oeste**

UF: **PR**

e-Mail: **nfebeltrao@jcavel.com**

**Cód.Serviço Discriminação**

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Alíq.	ISS
4.2	SERVIÇO DE EXAME DE RAIO X PARA USUÁRIO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO PREGÃO/2014.	7.500,00	0,00	7.500,00	2,00	150,00

Total Serviços (R\$) **7.500,00**

Total ISS (R\$) **150,00**

Retenções (R\$)

COFINS

ISS

PIS

IRRF

CSLL

INSS

Total Líquido (R\$) **7.500,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 3717 / 2010 e Decreto 209/2011

A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

PROCON FRANCISCO BELTRÃO - Rua Tenente Camargo,2176 - Centro - Francisco Beltrão - PR  
Fone (46) 3524-5063

Equiplano - NFS-e 500.2002k

Código de autenticidade: 6C9C7C12.5E87E8FC.CFF33E5F.EA0D597

