



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
003706/2015 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
CREDOR3991 ABDALLAH. ROSA E ALMEIDA LTDA	CNPJ 07.296.052/0001-04	

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
AV.SANTOS DUMONT 2372 CENTRO		LARANJEIRAS DO SUL

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Concorrência	1		1566	03.06.15	03.06.15

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.900.000,00	1.072.590	10.575,00	1.062.015,16

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS NO MES 05/2015 (PLANTOES)	10.127,68	10.127,68
2	1		VALOR REFERENTE ISS	447,32	447,32

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	10.575,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	10.575,00

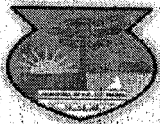
EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
_____ FUNCIONARIO	LOIDIR SALVI CRC 32.667/0 _____ CONTADORA	_____ SECRETÁRIO

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

<b>RECIBO 4386 R\$</b> 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. _____ 17 DE 06 DE 15 _____ <b>CREDOR</b>
---

BANCO	Nº DA CONTA
Nº CHEQUE	7000-9

ANOTAÇÕES
-----------



**MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL**  
 Secretaria Municipal da Fazenda  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
 www.esnfs.com.br

Número da Nota:  
**008**  
 Data e Hora da Emissão:  
**03/06/2015 16:18:40**  
 Operador Emissor:  
CLINICA M. O.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



CNPJ **07296052000104** I.E.: I.M.: **48275** Telefone: **42 3635-1257**  
 Nome/Razão: **CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA ABDALLAH - ME**  
 Endereço: **AV SANTOS DUMONT, 2372 - CENTRO - 85301040**  
 Município: **Laranjeiras do Sul** UF: **PR** e-Mail: **escritorio.positivo@hotmail.com**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **09323218000151** I.E.: I.M.:  
 Nome/Razão: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA DO OESTE**  
 Endereço: **R ABILON DE SOUZA NAVES**  
 Município: **Itapejara d'Oeste** UF: **PR** e-Mail: **escritorio.positivo@hotmail.com**

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cálc.	Aliq.	ISS
4.03	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO MÊS 05/2015, 09 PLANTÕES NO VALOR DE R\$ 1.175,00 O PLANTÃO.	10.575,00	0,00	10.575,00	4,23	447,32

Total Serviços (R\$) **10.575,00**

Total ISS (R\$) **447,32**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS	PIS	IRRF	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **10.575,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 025/2014 e Decreto 041/2014.  
 A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.  
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

PROCON-3635-8113

