

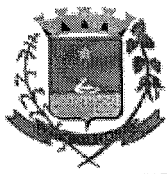
# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

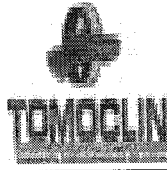
## NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 003844/2015 Ordinário		RECURSO Orçamentário			
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERV. DE TERCE		Nº CONTA 409	COD. DESDOBR. 2581		
CREDOR 1792 TOMOCLIN TOMOGRAFIA SAO VICENTE LTD		CHPJ 04.137.411/0001-84			
ENDEREÇO RUA VEREADOR ROMEU LAURO WERLA		FONE 46 523-7159	CIDADE FCO BELTRAO		
LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO 12.06.15	VENCIMENTO 12.06.15
VALOR ORÇADO 1.900.000,00	SALDO ANTERIOR 1.010.107	VALOR DO EMPENHO 350,00		SALDO ATUAL 1.009.757,97	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO, PACIENTE: CASSIANI PA	350,00	350,00
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	350,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	350,00
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 5209 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (AMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 02 DE 07 DE 15  CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE 854700 Nº DA CONTA 70009			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:  
**11146**  
Data e Hora da Emissão:  
**12/06/2015 18:23:59**  
Operador Emissor:  
TOMOCLIN T. S.



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ **04137411000184** I.E.: I.M.: **80250** Telefone: **3523-7159**  
Nome/Razão: **TOMOCLIN TOMOGRAFIA SAO VICENTE LTDA**  
Endereço: **R VER ROMEU L WERLANG, 1343 - CENTRO - 85601020**  
Município: **Francisco Beltrão** UF: **PR** e-Mail: **ESCRITORIOROMEU@GMAIL.COM**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **09323218000151** I.E.: I.M.:  
Nome/Razão: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA DO OESTE**  
Endereço: **RUA:ALBINO FRANCIOSI,08**  
Município: **Francisco Beltrão** UF: **PR** e-Mail: **sanderdalmolin@hotmail.com**

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Alíq.	ISS
4.02	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO DE Cassiani Pagno	350,00	0,00	350,00	2,00	7,00

Total Serviços (R\$) **350,00**

Total ISS (R\$) **7,00**

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\$) **350,00**

**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.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

Impostos incidentes sobre esta Nota Fiscal; 16,31% R 57,08 Fonte IBPT

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

Equiplano - NFS-e 500.2002o

Código de autenticidade: E5423176.55424B0C.64DC5A26.652F52AE

