



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | |
|---|-------------------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO 006082/2015 Ordinario | RECURSO Orcamentario |
|---|-------------------------|

| | | |
|---|---|-----------------------|
| 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 4414 CLINICA DE RADIOLOGIA SANTA ANA LTD | CHPJ 10.791.819/0001-78 | |

| | | |
|----------|------|--------|
| ENDEREÇO | FONE | CIDADE |
|----------|------|--------|

| | | | | | |
|----------------------------|--------|----------|----------|---------------------|------------------------|
| LICITAÇÃO Nao se Aplica | NÚMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMISSÃO 31.08.15 | VENCIMENTO 31.08.15 |
|----------------------------|--------|----------|----------|---------------------|------------------------|

| | | | |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| VALOR ORÇADO 1.900.000,00 | SALDO ANTERIOR 593.578 | VALOR DO EMPENHO 110,00 | SALDO ATUAL 593.468,49 |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|---|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | VALOR REFERENTE EXAME DE ULTRASSONOGRÁFIA, PACIENTE: A GEAN | 110,00 | 110,00 |

| | | |
|--|---------------|--------|
| FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | TOTAL LÍQUIDO | 110,00 |
|--|---------------|--------|

| | | |
|---|-------------|--------|
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude | TOTAL BRUTO | 110,00 |
|---|-------------|--------|

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

ORDEN DE PAGAMENTO
 PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.
 _____ DE _____ DE _____


TESOURARIA


RECIBO 9218 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.
 16 DE 11 DE 15

CREDOR

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------|
| BANCO Nº CHEQUE | Nº DA CONTA 7000-9 | ANOTAÇÕES |
|--------------------|-----------------------|-----------|

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

| | | | |
|---|--|--------------------|--|
| CLINICA DE RADIOLOGIA SANTA ANA LTDA EPP RUA CLARICE S. CERQUEIRA, 350 CEP: 85501-140 - Bairro: CENTRO DA CIDADE Município: Pato Branco - PR E-mail: financeirosantaana@gmail.com Fone: 30259100 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 10.791.819/0001-78 ***** 268509 |  | Número da NFS-e | |
| | | 201500000000086 | |
| Data do Serviço | | Código Verificador | |
| 27/08/2015 | | 5840482e | |

| | | | |
|--|----------------|-------------------------|------------------------|
|  Prefeitura Municipal de Pato Branco/PR Secretaria de Administração e Finanças Fone: 3220-1544 - http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse | Dt. de Emissão | Natureza da Operação | Tributado no Município |
| | 27/08/2015 | Tributação no município | Pato Branco/PR |

| TOMADOR DO SERVIÇO | | | | Município de Prestação do Serviço | | | |
|---|---------------------|--------------------|-----------|-----------------------------------|--|--|--|
| Nome / Razão Social | | | | Pato Branco/PR | | | |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEJARA D'OESTE | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | |
| MANOEL RIBAS, 620 | | | | | | | |
| Cidade | UF | Fone | CEP | | | | |
| Itapejara D'Oeste | PR | 46 35268330 | 85580-000 | | | | |
| Bairro | | | | | | | |
| CENTRO | | | | | | | |
| CNPJ / CPF | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual | | | | | |
| 76.995.430/0001-52 | ***** | ***** | | | | | |
| E-mail | | | | | | | |
| ***** | | | | | | | |


| INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--|
| Nome / Razão Social | CNPJ / CPF | Inscrição Municipal | |
| ***** | ***** | ***** | |
| E-mail | Fone | | |
| ***** | ***** | | |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|--|-------------|--------|---------------|--------|
| REFERENTE A EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA NO PACIENTE ANGELO GEAN | 110,00 | 2,0000 | 2,20 | Não |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| Código do Serviço | | | | | | | |
| 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. | | | | | | | |
| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
| ***** | 3,30 | ***** | ***** | ***** | ***** | 0,72 | ***** |
| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos | | |
| 110,00 | 2,20 | 0,00 | 0,00 | 2,20 | 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e | 110,00 | | | Valor Líquido da NFS-e | 110,00 | | |

Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$ 2,20; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 4,02;
 Total: R\$ 6,22.



Consulta realizada em 27/08/2015 às 16:30:07.
 Para consultar a autenticidade acesse: <http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse>



2015000000000865840482e10791819000178