

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

		Nº DO EMPENHO/TIPO 005755/2015 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		
CREDOR3991 ABDALLAH. ROSA E ALMEIDA LTDA		CNPJ 07.296.052/0001-04			
ENDEREÇO AV.SANTOS DUMONT 2372 CENTRO		FONE	CIDADE LARANJEIRAS DO SUL		
LICITAÇÃO Concorrencencia	NÚMERO 1	CONVÊNIO	CONTRATO 1566	EMISSÃO 13.08.15	VENCIMENTO 13.08.15
VALOR ORÇADO 1.900.000,00	SALDO ANTERIOR 649.551	VALOR DO EMPENHO 7.050,00		SALDO ATUAL 642.501,45	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS NO MES 07/2015 (6 PLANTOES)	6.751,78	6.751,78
2	1		VALOR REFERENTE ISS	298,22	298,22
FUNTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos			TOTAL LÍQUIDO		7.050,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude			TOTAL BRUTO		7.050,00
EMITIDO		VISTO		AUTORIZO A DESPESA	
		LOIDIR SALVI CRC 32.667/O			
FUNCIONARIO		CONTADORA		SECRETÁRIO	
ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____			RECIBO 6771R\$ 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. 24 DE 08 DE 15		
TESOURARIA			CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 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:  
**018**  
Data e Hora da Emissão:  
**12/08/2015 08:39:56**  
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 Cál.	Aliq.	ISS
4.03	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO MÊS 07/2015, REFERENTE A 06 PLANTÕES NO VALOR DE R\$ 1.175,00 POR PLANTÃO.	7.050,00	0,00	7.050,00	4,23	298,22

Total Serviços (R\$)	<b>7.050,00</b>					
Total ISS (R\$)	<b>298,22</b>					
Retenções (R\$)	COFINS	ISS	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Líquido (R\$)	<b>7.050,00</b>					

**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 em outro município (Itapejara d'Oeste).  
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

PROCON (42) 3635 8113 / Sala do Empreendedor (42) 36351231

