

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 006669/2015 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		
CREADOR 3991 CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA ABDAL		CNPJ 07.296.052/0001-04				
ENDEREÇO AV. SANTOS DUMONT 2372 CENTRO		FONE		CIDADE LARANJEIRAS DO SUL		
LICITAÇÃO Concorrencencia		NÚMERO 1	CONVÊNIO	CONTRATO 1566	EMIÇÃO 08.09.15	
		VENCIMENTO 08.09.15				
VALOR ORÇADO 1.900.000,00		SALDO ANTERIOR 476.068		VALOR DO EMPENHO 7.050,00	SALDO ATUAL 469.018,45	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS NO MES 08/2015 (6 PLANTOES)		6.751,78	6.751,78
2	1		VALOR REFERENTE ISS		298,22	298,22
FONTE 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 32.667/0				
FUNCIONARIO		CONTADORA			SECRETÁRIO	
ORDEN DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____ TESOURARIA				RECIBO 7685R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 15 DE 09 DE 15 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:
022
Data e Hora da Emissão:
08/09/2015 14:18:41
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 08/2015, 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\$) **7.050,00**

Total ISS (R\$) **298,22**

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\$) **7.050,00**

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 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

