



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 007406/2015 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 3991 CLINICA MEDICA E ODONTOLOGICA ABDAL		CHPJ 07.296.052/0001-04			
ENDEREÇO AV.SANTOS DUMONT 2372 CENTRO		FONE		CIDADE LARANJEIRAS DO SUL	
LICITAÇÃO Concorrência		NÚMERO 1	CONVÊNIO	CONTRATO 1566	EMISSÃO 28.09.15
		VENCIMENTO 28.09.15			
VALOR ORÇADO 1.900.000,00		SALDO ANTERIOR 396.689		VALOR DO EMPENHO 7.050,00	
		SALDO ATUAL 389.639,68			
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS NO MESES DE JULHO AGOSTO DE 2015, MEDICO DR. EDIVALDO LISBOA, REF A 06 P	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 32.867/0			
FUNCIONARIO		CONTADORA		SECRETÁRIO	
<b>ORDEM DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____				<b>RECIBO 8363 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. _____ DE _____ DE _____	
TESOURARIA				CREDOR	
BANCO		Nº DA CONTA		ANOTAÇÕES	
Nº CHEQUE		7000.9			



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

Número da Nota:  
**026**  
Data e Hora da Emissão:  
**30/09/2015 10:00:50**  
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 ITAPEJARA D'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 NOS MESES DE JULHO E AGOSTO DE 2015, PELO MÉDICO Dr. EDIVALDO LISBOA REFERENTE A 6 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

