

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**


DEPARTAMENTO DE FINANÇAS


CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

|   |                           |   |   |                           |                        |
|---|---------------------------|---|---|---------------------------|------------------------|
|   |                           | Nº DO EMPENHO/TIPO<br>007535/2015 Ordinario         |   | RECURSO<br>Orcamentario   |                        |
| ÓRGÃO<br>07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE  |                           | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA<br>02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |   |                           |                        |
| DOTAÇÃO<br>103020021.2.024.339039509900   |                           | OUTROS SERV. DE TERCE                               |   | Nº CONTA<br>409           | COD. DESDOBR.<br>2581  |
| CREDOR 2706 DIAS CLINICA INFANTIL LTDA.   |                           | CNPJ 10.589.953/0001-90                             |   |                           |                        |
| ENDEREÇO<br>AV BRASIL ED.MAX SAUDE 9 ANDA   |                           | FONE<br>46 3220 2877                                | CIDADE<br>PATO BRANCO   |                           |                        |
| LICITAÇÃO<br>Concorrenciacia  | NÚMERO<br>1               | CONVÊNIO  | CONTRATO<br>1564  | EMIÇÃO<br>02.10.15        | VENCIMENTO<br>02.10.15 |
| VALOR ORÇADO<br>1.900.000,00  | SALDO ANTERIOR<br>309.004 |   | VALOR DO EMPENHO<br>13.500,00   | SALDO ATUAL<br>295.504,35 |                        |
| ITEM  | QUANT.                    | UNID.   | ESPECIFICAÇÃO   | VALOR UNITÁRIO            | VALOR TOTAL            |
| 1   | 1                         |   | VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS EM PEDIATRIA, REF 09/2015   | 13.297,50                 | 13.297,50              |
| 2   | 1                         |   | VALOR REFERENTE IRRF  | 202,50                    | 202,50                 |
| FONTE DE RECURSO<br>303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos  |                           |   |   | TOTAL LÍQUIDO             | 13.500,00              |
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE<br>Manutencao do Fundo Municipal de Saude   |                           |   |   | TOTAL BRUTO               | 13.500,00              |
| EMITIDO   |                           | VISTO   |   | AUTORIZO A DESPESA        |                        |
|   |                           | LOIDIR SALVI<br>CRC 32.667/0                        |   |                           |                        |
| FUNCIONARIO   |                           | CONTADORA   |   | SECRETÁRIO                |                        |
| <b>ORDEN DE PAGAMENTO</b><br>PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.<br><br>_____ DE _____ DE _____<br><br>_____<br><b>TESOURARIA</b> |                           |   | <b>RECIBO 875SR\$</b><br>DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINIS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.<br>20 DE 10 DE 15<br><br>_____<br><b>CREDOR</b> |                           |                        |
| BANCO   |                           | Nº DA CONTA   |   | ANOTAÇÕES                 |                        |
| Nº CHEQUE   |                           | 7000-9  |   |                           |                        |

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

|   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <b>DIAS CLINICA INFANTIL LTDA ME</b><br>AV BRASIL, 450 - SALA 1201<br>CEP: 85501-071 - Bairro: CENTRO DA CIDADE<br>Município: Pato Branco - PR<br>E-mail: diasclinicainfantil@gmail.com<br>Fone: 32202877<br>CNPJ / CPF      Inscrição Estadual      Inscrição Municipal<br>10.589.953/0001-90      *****      265637 |  | Número da NFS-e<br><b>201500000000077</b> |                                       |
|   |  | Data do Serviço<br><b>01/10/2015</b>      | Código Verificador<br><b>443fbbe1</b> |


|   |                                     |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|
|  <b>Prefeitura Municipal de Pato Branco/PR</b><br>Secretaria de Administração e Finanças<br>Fone: 3220-1544 - <a href="http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse">http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse</a> | Dt. de Emissão<br><b>01/10/2015</b> | Natureza da Operação<br>Tributação no município | Tributado no Município<br>Pato Branco/PR |
|   |                                     |   |  |

| TOMADOR DO SERVIÇO                              |  |                              |                             | Município de Prestação do Serviço |  |  |  |                  |  |
|---|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|--|------------------|--|
| Nome / Razão Social<br>Fundo municipal de saúde |  |                              |                             | Itapejara D'Oeste/PR              |  |  |  |                  |  |
| Endereço<br>Abilon Souza Naves, 1275            |  |                              |                             |                                   |  |  |  |                  |  |
| Cidade<br>Itapejara D'Oeste                     |  | UF<br>PR                     | Fone<br>46 35268300         |                                   |  |  |  | CEP<br>85580-000 |  |
| Bairro<br>centro                                |  |                              |                             |                                   |  |  |  |                  |  |
| CNPJ / CPF<br>09.323.218/0001-51                |  | Inscrição Municipal<br>***** | Inscrição Estadual<br>***** |                                   |  |  |  |                  |  |
| E-mail<br>sanderdalmolin@hotmail.com            |  |                              |                             |                                   |  |  |  |                  |  |

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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS   | VALOR TOTAL | ALIQ.  | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|--|-------------|--------|---------------|--------|
| Serviços médicos prestados em pediatria no mes de setembro de 2015<br>IR Retido: R\$ 202,50. | 13.500,00   | 2,0000 | 270,00        | Não    |

|  |                        |                                     |                       |                      |                         |           |                      |
|--|------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| Código do Serviço<br>04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. |                        |                                     |                       |                      |                         |           |                      |
| CIDE   | COFINS                 | COFINS Importação                   | ICMS                  | IOF                  | IPI                     | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
| *****  | *****                  | *****                               | *****                 | *****                | *****                   | *****     | *****                |
| Base Cálculo ISSQN Próprio   | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido           | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |           |                      |
| 13.500,00  | 270,00                 | 0,00                                | 0,00                  | 270,00               | 0,00                    |           |                      |
| Valor Total da NFS-e<br>13.500,00  |                        | Valor Líquido da NFS-e<br>13.297,50 |                       |                      |                         |           |                      |

|  |   |
|--|---|
| Informações Adicionais<br>Lei 12741/2012: Mun: R\$ 270,00; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 0,00;<br>Total: R\$ 270,00. |  |
|--|---|

Para consultar a autenticidade acesse: <http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse>



201500000000077443fbbe110589953000190