

# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE


DEPARTAMENTO DE FINANÇAS


CHPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

|   |             |   |  |   |             |
|---|-------------|---|--|---|-------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO<br>007986/2015 Ordinário   |             | RECURSO<br>Orcamentario                             |  |   |             |
| ORGÃO<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.   |             | CHPJ 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>Concorrencencia  | NÚMERO<br>1 | CONVÊNIO  | CONTRATO<br>1564   |   |             |
| VALOR ORÇADO<br>1.900.000,00  |             | SALDO ANTERIOR<br>141.458                           | VALOR DO EMPENHO<br>8.000,00   |   |             |
|   |             | SALDO ATUAL<br>133.458,41                           |  |   |             |
| ITEM  | QUANT.      | UNID.   | ESPECIFICAÇÃO  | VALOR UNITÁRIO  | VALOR TOTAL |
| 1   | 1           |   | VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS EM ODONTOLOGIA PEDIATRICA, REF MES 10/2015 | 7.880,00  | 7.880,00    |
| 2   | 1           |   | VALOR REFERENTE IRRF   | 120,00  | 120,00      |
| FONTE DE RECURSO<br>303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos  |             |   |  | TOTAL LÍQUIDO   | 8.000,00    |
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE<br>Manutencao do Fundo Municipal de Saude   |             |   |  | TOTAL BRUTO   | 8.000,00    |
| EMITIDO   |             | VISTO   |  | AUTORIZO A DESPESA  |             |
|   |             | LOIDIR SALVI<br>CRC 32.667/0                        |  |   |             |
| FUNCIONARIO   |             | CONTADORA   |  | SECRETÁRIO  |             |
| <b>ORDEM DE PAGAMENTO</b><br>PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.<br><br>_____ DE _____ DE _____ |             |   |  | <b>RECIBO 9285 R\$</b><br>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.<br>17 DE 11 DE 15 |             |
| TESOURARIA  |             |   |  | CREDOR  |             |
| BANCO   |             | Nº DA CONTA   |  | ANOTAÇÕES   |             |
|   |             | 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>201500000000083</b> |                                       |
|   |  | Data do Serviço<br><b>03/11/2015</b>      | Código Verificador<br><b>9007f551</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>03/11/2015</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 odontologia pediátrica no mes de outubro de 2015<br>IR Retido: R\$ 120,00. | 8.000,00    | 2,0000 | 160,00        | Não    |

|   |                                  |                                   |                               |                                      |                                 |                    |                               |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Código do Serviço<br>04.12 - Odontologia. |                                  |                                   |                               |                                      |                                 |                    |                               |
| CIDE<br>*****                             | COFINS<br>*****                  | COFINS Importação<br>*****        | ICMS<br>*****                 | IOf<br>*****                         | IPI<br>*****                    | PIS/PASEP<br>***** | PIS/PASEP Importação<br>***** |
| Base Cálculo ISSQN Próprio<br>8.000,00    | Valor do ISSQN Próprio<br>160,00 | Base Cálculo ISSQN Retido<br>0,00 | Valor do ISSQN Retido<br>0,00 | Valor Total do ISSQN<br>160,00       | Valor Dedução/Descontos<br>0,00 |                    |                               |
| Valor Total da NFS-e      8.000,00        |                                  |                                   |                               | Valor Líquido da NFS-e      7.880,00 |                                 |                    |                               |

|  |   |
|--|---|
| Informações Adicionais<br>Lei 12741/2012: Mun: R\$ 160,00; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 0,00;<br>Total: R\$ 160,00. |  |
|--|---|

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



2015000000000839007f55110589953000190