



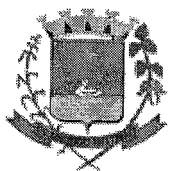
# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 008087/2015 Ordinário		RECURSO Orcamentario	
ORGÃO 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 4097 CLASO CLINICA MEDICA LTDA - ME		CNPJ 18.403.603/0001-08			
ENDEREÇO RUA DIOGO PINTO 862 CENTRO		FONE	CIDADE LARANJEIRAS DO SUL		
LICITAÇÃO Concorrência	NÚMERO 1	CONVÊNIO	CONTRATO 1565	EMIÇÃO 06.11.15	VENCIMENTO 06.11.15
VALOR ORÇADO 1.900.000,00		SALDO ANTERIOR 97.738	VALOR DO EMPENHO 9.400,00		SALDO ATUAL 88.338,33
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME DE PLANTOES PRESTADOS NO ME 10/2015	8.977,00	8.977,00
2	1		VALOR REFERENTE ISS	282,00	282,00
3	1		VALOR REFERENTE IRRF	141,00	141,00
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	9.400,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	9.400,00
EMITIDO		VISTO		AUTORIZO A DESPESA	
FUNCCIONARIO		CONTADORA		SECRETÁRIO	
<b>ORDEN DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____  <b>TESOURARIA</b>			<b>RECIBO 9287R\$</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. 17 DE 11 DE 15  _____ <b>CREDOR</b>		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 7000.9		ANOTAÇÕES	



**MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO**  
Secretaria de Finanças - Departamento de Fiscalização Tributária  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
www.esnfs.com.br

Número da Nota:  
**013**  
Data e Hora da Emissão:  
**05/11/2015 16:33:38**  
Operador Emissor:  
CLASO C. M. M.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ **18403603000108** I.E.: I.M.: **304986** Telefone: **4691035498**  
Nome/Razão: **CLASO CLÍNICA MÉDICA LTDA ME**  
Endereço: **RUA SÃO PAULO, 1212 AP 10 - Q 152 L 11 - CENTRO - 85601010**  
Município: **Francisco Beltrão** UF: **PR** e-Mail: **elsterra@yahoo.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **76995430000152** I.E.: I.M.:  
Nome/Razão: **PREF. MUN. DE ITAPEJARA DO OESTE**  
Endereço: **AV. MANOEL RIBAS, 620 - CENTRO - 85580000**  
Município: **Itapejara d'Oeste** UF: **PR** e-Mail:

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cálc.	Aliq.	ISS
4.01	Referente a serviços medicos de plantões executados no mes de outubro de 2015	9.400,00	0,00	9.400,00	3,00	282,00

Total Serviços (R\$) **9.400,00**

Total ISS (R\$) **282,00**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
0,00	0,00	282,00	0,00	141,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **8.977,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 3717 / 2010 e Decreto 209/2011  
A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado em outro município (Itapejara d'Oeste).  
O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador do Serviço.

**DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS**

PROCON FRANCISCO BELTRÃO - Rua Tenente Camargo,2176 - Centro - Francisco Beltrão - PR  
Fone (46) 3524-5063

Equiplano - NFS-e 500.2002r

Código de autenticidade: C78D4579.581BD7A0.515DF98D.EBECDD0

