

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
009462/2015 Ordinário	Orcamentario

ÓRGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERV. DE TERCE	409	2581

CREDOR 3838 CLINICOR - SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ 15.254.653/0001-74

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
RUA CLAUDINA BISSACO 88 CENTRO		Abelardo Luz

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	1		1375	08.12.15	08.12.15

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
2.080.000,00	160.529	4.245,00	156.284,39

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME DE CARDIOLOGIA PRESTADOS NO 11/2015	4.181,33	4.181,33
2	1		VALOR REFERENTE IRRF	63,67	63,67

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos		4.245,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO	
Manutencao do Fundo Municipal de Saude		4.245,00

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	LOIDIR SALVI CRC 32.667/0	
FUNCIONARIO	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 10639R\$</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. 15 DE 12 DE 15  _____ <b>CREDOR</b>
---	---

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	
Nº DA CONTA	
7000.9	



**Município de Abelardo Luz**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Número e Série da NFS-e  
**0000000062 / A1**

Data e Hora da Emissão  
**09/12/2015 09:30:35**

Código de Verificação  
**4CCB-C0DD**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **15.254.653/0001-74** Inscrição Municipal: **2606**  
Nome: **CLINICOR - SERVIÇOS MEDICOS LTDA**  
Endereço: **CLAUDINA BISSACO, 88**  
CEP: **89830000** Bairro: **CENTRO**  
Município: **ABELARDO LUZ** UF: **SC**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **76.995.430/0001-52**  
Nome: **MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE**  
Endereço: **Avenida Manuel Ribas, 620**  
CEP: **85580-000** Bairro: **CENTRO**  
Município: **ITAPEJARA D'OESTE** UF: **PR**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS MÉDICOS DE CARDIOLOGIA PRESTADOS NO MÊS DE NOVEMBRO DE 2015

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO: R\$ 4.245,00**

Código do Serviço:

**4.01 - Medicina e biomedicina**

Natureza de Operação

**201 - ISS retido pelo tomador ou intermediário do serviço**

Valor Serviços <b>4.245,00</b>	Base de Cálculo <b>4.245,00</b>	Alíquota ISS <b>3,00 %</b>	Valor ISS retido <b>127,35</b>	Valor ISS <b>0,00</b>
Desconto incondicional <b>0,00</b>	Desconto condicional <b>0,00</b>	Valor PIS <b>0,00</b>	Valor COFINS <b>0,00</b>	Valor INSS <b>0,00</b>
Valor IR <b>63,67</b>	Valor CSLL <b>0,00</b>	Outras retenções <b>0,00</b>	Valor deduções <b>0,00</b>	<b>Valor líquido da NFS-e</b> <b>4.053,98</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES (USO EXCLUSIVO DO MUNICÍPIO)**

- Lei Municipal 2.295/2013  
Regulamentada pelo Decreto 404/2013

Desenvolvido por Pública Informática Ltda