



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE


DEPARTAMENTO DE FINANÇAS


CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|--------------------|------------------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO 005302/2016 Ordinario | | RECURSO Orcamentario | | | |
| ORGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE | | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | | | |
| DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE | | Nº CONTA 449 | COD. DESDOBR. 0845 | | |
| CREDOR 2706 DIAS CLINICA INFANTIL LTDA. | | CHPJ 10.589.953/0001-90 | | | |
| ENDEREÇO AV BRASIL ED.MAX SAUDE 9 ANDA | | FONE 46 3220 2877 | CIDADE PATO BRANCO | | |
| LICITAÇÃO Concorrenca | NÚMERO 1 | CONVÊNIO | CONTRATO 1564 | EMIÇÃO 01.08.16 | VENCIMENTO 01.08.16 |
| VALOR ORÇADO 1.647.500,00 | SALDO ANTERIOR 411.518 | VALOR DO EMPENHO 13.500,00 | SALDO ATUAL 398.018,42 | | |
| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
| 1 | 1 | | VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS EM PEDIATRIA, REF 07/2016. | 13.297,50 | 13.297,50 |
| | 1 | | VALOR REFERENTE IRRF. | 202,50 | 202,50 |
| FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | | | | TOTAL LÍQUIDO | 13.500,00 |
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude | | | | TOTAL BRUTO | 13.500,00 |
| EMITIDO | | VISTO | | AUTORIZO A DESPESA | |
| FUNCCIONARIO | | LOIDIR SALVI CRC 32.667/0 | | SECRETÁRIO | |
| CONTADORA | | SECRETÁRIO | | SECRETÁRIO | |
| ORDEM DE PAGAMENTO | | | RECIBO 6725 R\$ | | |
| PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. | | | 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 _____ | | | 19 DE 08 DE 16 | | |
| TESOURARIA | | | CREDOR | | |
| BANCO Nº CHEQUE | | | ANOTAÇÕES | | |
| Nº DA CONTA 7000.9 | | | | | |

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| DIAS CLINICA INFANTIL S/S - ME AV BRASIL, 450 - SALA 1201 CEP: 85501-071 - Bairro: CENTRO DA CIDADE Município: Pato Branco - PR E-mail: diasclinicainfantil@gmail.com Fone: 32202877 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 10.589.953/0001-90 ***** 265637 |  | Número da NFS-e 201600000000120 | |
| | | Data do Serviço 01/08/2016 | Código Verificador 47b8c36e |

| | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------|---|
|  PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO/PR Secretaria de Administração e Finanças Fone: 3220-1544 - http://nfse.pato Branco.pr.gov.br/nfse | Dt. de Emissão 01/08/2016 | Natureza da Operação | Tributado no Município Pato Branco/PR |
| | | Tributação no município | |


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

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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|-------------|--------|---------------|--------|
| Serviços médicos prestados em pediatria no mes de julho de 2016 IR Retido: R\$ 202,50. | 13.500,00 | 2,0000 | 270,00 | Não |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Código do Serviço 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 13.500,00 | Valor do ISSQN Próprio 270,00 | Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 | Valor do ISSQN Retido 0,00 | Valor Total do ISSQN 270,00 | Valor Dedução/Descontos 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e 13.500,00 | | Valor Líquido da NFS-e 13.297,50 | | | | | |

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



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



20160000000012047b8c36e10589953000190