

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 006316/2016 Ordinário	<b>RECURSO</b> Orcamentario
----------------------------------------------------	--------------------------------

<b>ÓRGÃO</b> 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	<b>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA</b> 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
<b>DOTAÇÃO</b> 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	<b>Nº CONTA</b> 449
<b>CREADOR</b> 2706 DIAS CLINICA INFANTIL LTDA.	<b>COD. DESDOBR.</b> 0845
<b>CNPJ</b> 10.589.953/0001-90	

<b>ENDEREÇO</b> AV BRASIL ED.MAX SAUDE 9 ANDA	<b>FONE</b> 46 3220 2877	<b>CIDADE</b> PATO BRANCO
--------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

<b>LICITAÇÃO</b> Concorrencial	<b>NÚMERO</b> 1	<b>CONVÊNIO</b>	<b>CONTRATO</b> 1564	<b>EMIÇÃO</b> 01.09.16	<b>VENCIMENTO</b> 01.09.16
-----------------------------------	--------------------	-----------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------

<b>VALOR ORÇADO</b> 1.647.500,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 108.194	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 8.000,00	<b>SALDO ATUAL</b> 100.194,12
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS EM ODONTOLOGIA PEDIATRICA NO MES 08/2016.	7.880,00	7.880,00
2	1		VALOR REFERENTE IRRF.	120,00	120,00

<b>FONTE DE RECURSO</b> 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	8.000,00
-------------------------------------------------------------------------	----------------------	----------

<b>NOME DO PROJETO/ATIVIDADE</b> Manutencao do Fundo Municipal de Saude	<b>TOTAL BRUTO</b>	8.000,00
----------------------------------------------------------------------------	--------------------	----------

<b>EMITIDO</b>	<b>VISTO</b>	<b>AUTORIZO A DESPESA</b>
<b>FUNCIONARIO</b>	<b>CONTADORA</b>	<b>SECRETÁRIO</b>

**ORDEN DE PAGAMENTO**  
 PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  
 \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**TESOURARIA**

**RECIBO 7910 R\$**  
 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.  
 \_\_\_\_\_ 10 DE \_\_\_\_\_ 10 DE 16  
 \_\_\_\_\_  
**CREDOR**

<b>BANCO</b> Nº CHEQUE	<b>Nº DA CONTA</b> 7000.9	<b>ANOTAÇÕES</b>
---------------------------	------------------------------	------------------

# 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



Número da NFS-e  
**201600000000126**

Data do Serviço: **01/09/2016**  
 Código Verificador: **bc380c76**

CNPJ / CPF: 10.589.953/0001-90  
 Inscrição Estadual: \*\*\*\*\*  
 Inscrição Municipal: 265637



**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

Natureza da Operação

Tributado no Município

01/09/2016

Tributação no município

Pato Branco/PR

**TOMADOR DO SERVIÇO**

**Município de Prestação do Serviço**

Nome / Razão Social: **Fundo municipal de saúde**  
 Endereço: **Abilon Souza Naves, 1275**  
 Cidade: **Itapejara D'Oeste**  
 Bairro: **centro**  
 CNPJ / CPF: **09.323.218/0001-51**  
 E-mail: **sanderdalmojin@hotmail.com**

**Itapejara D'Oeste/PR**

UF: **PR** | Inscrição Estadual: **46 35268300** | CEP: **85580-000**

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social: \*\*\*\*\*  
 CNPJ / CPF: \*\*\*\*\*  
 Inscrição Municipal: \*\*\*\*\*  
 E-mail: \*\*\*\*\*  
 Fone: \*\*\*\*\*

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

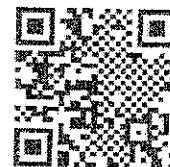
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Serviços médicos prestados em odontologia pediátrica no mes de agosto de 2016 IR Retido: R\$ 120,00.	8.000,00	2,0000	160,00	Não

Código do Serviço  
 04.12 - Odontologia.

CIDE *****	COFINS *****	COFINS Importação *****	ICMS *****	IDF *****	IPI *****	PIS/PASEP *****	PIS/PASEP Importação *****
Base Cálculo ISSQN Próprio: 8.000,00	Valor do ISSQN Próprio: 160,00	Base Cálculo ISSQN Retido: 0,00	Valor do ISSQN Retido: 0,00	Valor Total do ISSQN: 160,00	Valor Dedução/Descontos: 0,00		
Valor Total da NFS-e: 8.000,00	Valor Líquido da NFS-e: 7.880,00						

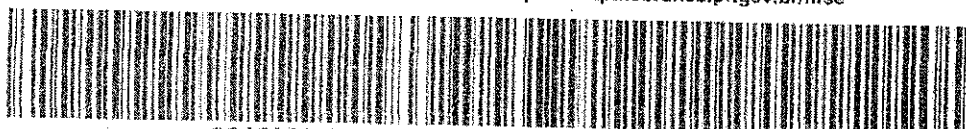
Informações Adicionais

Lei 12741/2012: Mun: R\$ 160,00; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 0,00;  
 Total: R\$ 160,00.



Consulta realizada em 01/09/2016 às 14:22:03.

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



201600000000126bc380c7610589953000190