

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
007230/2016 Ordinário	Orcamentario

ORGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	449	0845

CREDOR	CHPJ
1792 TOMOCLIN TOMOGRAFIA SAO VICENTE LTD	04.137.411/0001-84

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
RUA VEREADOR ROMEU LAURO WERLA	46 523-7159	FCO BELTRAO

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Nao se Aplica				06.10.16	06.10.16

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
2.047.500,00	400.456	1.000,00	399.456,88

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE SERVICIO DE ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORI CORONARIAS DE RUBIA ASCARI. 070.129.579-13.	1.000,00	1.000,00

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO	
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	1.000,00	

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO	
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	1.000,00	

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	LODIR SALVI CRC 32.667/0	
FUNCIIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

ORDEM DE PAGAMENTO

PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 8491 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 11 DE 16

CREDOR

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:
14699

Data e Hora da Emissão:
06/10/2016 12:54:50

Operador Emissor:
TOMOCLIN T. S.



PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ **04137411000184** I.E.: I.M.: **80250** Telefone: **3523-7159**
 Nome/Razão: **TOMOCLIN TOMOGRAFIA SAO VICENTE LTDA**
 Endereço: **R VER ROMEU L WERLANG, 1343 - CENTRO - 85601020**
 Município: **Francisco Beltrão** UF: **PR** e-Mail: **ESCRITORIOROMEU@GMAIL.COM**

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: **administracaoitapejara@iolnet.com.br**

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.02	ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORONARIAS DE RUBIA ASCARI CPF: 070129579-13	1.000,00	0,00	1.000,00	2,00	20,00

Total Serviços (R\$) **1.000,00**

Total ISS (R\$) **20,00**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **1.000,00**

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 no município.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

Impostos incidentes sobre esta Nota Fiscal; 16,31% R 163,10 Fonte IBPT

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

