

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | |
|-----------------------|--------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO | RECURSO |
| 000864/2017 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 SERVICOS DE TE | 232 | 0878 |

CREDOR 3839 CLINICA MEDICA DRA ADRIANA FATIMA S CNPJ 11.820.880/0001-69

| | | |
|--------------------|--------------|-------------|
| ENDEREÇO | FONE | CIDADE |
| RUA TOCANTINS 2320 | (46)30257338 | Pato Branco |




| | | | | | |
|------------------|--------|----------|----------|----------|------------|
| LICITAÇÃO | NÚMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMIÇÃO | VENCIMENTO |
| Tomada de Precos | 4 | | 1398 | 01.03.17 | 10.03.17 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 1.000.000,00 | 707.976 | 3.217,00 | 704.759,68 |

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|---|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | VALOR REFERENTE SERVICOS ME PRESTADOS NO MES 02/2017. | 3.168,75 | 3.168,75 |
| 2 | 1 | | VALOR REFERENTE IRRF. | 48,25 | 48,25 |

| | | |
|--|---------------|--|
| FUNTE DE RECURSO | TOTAL LÍQUIDO | |
| 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | 3.217,00 | |

| | | |
|--|-------------|--|
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE | TOTAL BRUTO | |
| Manutencao do Fundo Municipal de Saude | 3.217,00 | |


| | | |
|---|---|---|
| EMITIDO | VISTO | AUTORIZO A DESPESA |
|  |  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 |  |
| FUNCIARIO | CONTADORA | SECRETÁRIO |

| | |
|---|---|
| ORDEM DE PAGAMENTO | RECIBO 1673 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 _____ | 13 DE 03 DE 17 |
| TESOURARIA | CREDOR |

| | |
|-------------|-----------|
| BANCO | ANOTAÇÕES |
| Nº CHEQUE | |
| Nº DA CONTA | |
| 7000.9 | |

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

| | | | |
|---|--|-----------------|--------------------|
| CLINICA MEDICA DRA. ADRIANA FATIMA SORANZO SIMIAO LTDA RUA TOCANTINS, 2320 - SALA 504 CEP: 85505-140 - Bairro: CENTRO DA CIDADE Município: Pato Branco - PR E-mail: adrianaapsiquiatra@gmail.com Fone: 30257338 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 11.820.880/0001-69 ***** 279085 |  | Número da NFS-e | |
| | | 201700000000062 | |
| | | Data do Serviço | Código Verificador |
| | | 06/03/2017 | 2f668672 |

| | | | |
|--|----------------|-------------------------|------------------------|
|  PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO/PR Secretaria de Administração e Finanças Fone: 3220-1544 - http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse | Dt. de Emissão | Natureza da Operação | Tributado no Município |
| | 06/03/2017 | Tributação no município | Pato Branco/PR |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|----|---------------------|-----------|--|--|--|--|
| TOMADOR DO SERVIÇO | | | | Município de Prestação do Serviço | | | |
| Nome / Razão Social | | | | Pato Branco/PR | | | |
| MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | |
| MANOEL RIBAS, 620 - PREFEITURA | | | | | | | |
| Cidade | | | | | | | |
| Itapejara D'Oeste | UF | Fone | CEP | | | | |
| | PR | 46 35268300 | 85580-000 | | | | |
| Bairro | | | | | | | |
| CENTRO | | | | | | | |
| CNPJ / CPF | | Inscrição Municipal | | Inscrição Estadual | | | |
| 76.995.430/0001-52 | | ***** | | ISENTO | | | |
| E-mail | | | | | | | |
| /ademirlucini@hotmail.com | | | | | | | |

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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|---|-------------|--------|---------------|--------|
| Atendimento Médico realizado no mês de fevereiro/2017. IR Retido: R\$ 48,25. | 3.217,00 | 2,0000 | 64,34 | Não |

| | | | | | | | |
|--|------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|
| Código do Serviço | | | | | | | |
| 04.09 - Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental. | | | | | | | |
| CIDE | COFINS | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP | PIS/PASEP Importação |
| ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** |
| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos | | |
| 3.217,00 | 64,34 | 0,00 | 0,00 | 64,34 | 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e | | | | Valor Líquido da NFS-e | | | |
| 3.217,00 | | | | 3.168,75 | | | |

| | | |
|---|--|---|
| Informações Adicionais | |  |
| Lei 12741/2012: Mun: R\$ 64,34; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 0,00; | | |
| Total: R\$ 64,34. | | |

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



2017000000000622f66867211820880000169