

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 001561/2017 Ordinário	<b>RECURSO</b> Orçamentário
--	--------------------------------

<b>ÓRGÃO</b> 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	<b>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA</b> 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
<b>DOTAÇÃO</b> 103020021.2.024.339030360000 MATERIAL DE CONSUMO	<b>Nº CONTA</b> 227	<b>COD. DESDOBR.</b> 0886

<b>CREADOR</b> 241 DAMEDI DAMBROS COMERCIO DE MEDICAME	<b>CHPJ</b> 95.368.320/0001-05	
<b>ENDEREÇO</b> RUA PARANA 299 CENTRO	<b>FONE</b> (46) 32204949	<b>CIDADE</b> PATO BRANCO



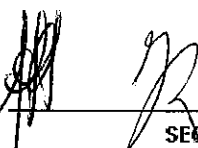
<b>LICITAÇÃO</b> Tomada de Preços	<b>NÚMERO</b> 12	<b>CONVÊNIO</b>	<b>CONTRATO</b> 1928	<b>EMIÇÃO</b> 17.04.17	<b>VENCIMENTO</b> 17.05.17
--------------------------------------	---------------------	-----------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------

<b>VALOR ORÇADO</b> 200.000,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 110.216	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 45,00	<b>SALDO ATUAL</b> 110.171,70
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE AQUISICAO D HALOPERIDOL 5MG/ ML COM 50 HYPOFARMA.	45,00	45,00

<b>FONTE DE RECURSO</b> 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	45,00
---	----------------------	-------

<b>NOME DO PROJETO/ATIVIDADE</b> Manutencao do Fundo Municipal de Saude	<b>TOTAL BRUTO</b>	45,00
--	--------------------	-------

<b>EMITIDO</b>  <b>FUNCIONARIO</b>	<b>VISTO</b>  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 <b>CONTADORA</b>	<b>AUTORIZO A DESPESA</b>  <b>SECRETÁRIO</b>
---	---	---

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

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TESOURARIA**

**RECIBO** 2500 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.

19 DE 04 DE 17

\_\_\_\_\_

**CREDOR**

**BANCO**  
Nº CHEQUE \_\_\_\_\_ Nº DA CONTA 7.000.9

**ANOTAÇÕES**

RECEBEMOS DE DAMEDI DAMBROS COMERCIO DE MEDICAMENTOS OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 17/04/2017 VALOR TOTAL: R\$ 45,00 DESTINATÁRIO: MUNICIPIO DE ITAPEJARA D OESTE -FMS - AV.MANUEL RIBAS, 620 CENTRO ITAPEJARA D'OESTE-PR

**NF-e**

**Nº. 000.022.068**  
**Série 001**

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ID. IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**DAMEDI DAMBROS COMERCIO DE MEDICAMENTOS**  
RUA PARANA, 299  
CENTRO - 85501-690  
PATO BRANCO - PR Fone/Fax: 4632204949

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

**Nº. 000.022.068**  
**Série 001**  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

4117 0495 3683 2000 0105 5500 1000 0220 6810 0022 0680

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170060717606 - 17/04/2017 07:50:14

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**Venda de Mercadoria**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

3160372329

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

9059201384

CNPJ

95.368.320/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**MUNICIPIO DE ITAPEJARA D OESTE -FMS**

CNPJ / CPF

76.995.430/0001-52

DATA DA EMISSÃO

17/04/2017

ENDEREÇO

**AV.MANUEL RIBAS, 620**

BAIRRO / DISTRITO

**CENTRO**

CEP

**85580-000**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

17/04/2017

MUNICIPIO

**ITAPEJARA D'OESTE**

UF

**PR**

FONE / FAX

**4635268300**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

**07:50:13**

FATURA / DUPLICATA

Num. 12498/1  
Venc. 17/05/2017  
Valor R\$ 45,00

**CÁ LO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,44	0,00	45,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTI	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	<b>(0) Emitente</b>				
ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
3832	HALOPERIDOL 5MG/ML C/50AMP 1ML IM - HYPOFARMA 17010141 Lote: 17010141 Quant: 50.000 Fab: 20/01/2017 Val: 30/01/2019 PMC: 0.00	30049069	0102	5102	UN	50,0000	0,9000	45,00	0,00	0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: FORMA PGTO: 30 DIAS  
VENDEDOR(A): GABRIELA  
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL E NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI - Deve ser Identificado com CNPJ do Depositante-BANCO DO BRASIL AGENCIA: 0495-2 C.C.=25900-4  
PEDIDO VIA EMAIL POR CLEVERSON  
Email do Destinatário: cleversonjuliani@hotmail.com

RESERVADO AO FISCO