



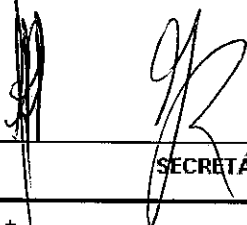


FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHP.J: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 003501/2017 Ordinario		RECURSO Orcamentario			
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.025.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE		Nº CONTA 246	COD. DESDOBR. 1171		
CREADOR 4513 CLINICA MEDICA REGINATTO LTDA - EPP		CHPJ 24.074.822/0001-85			
ENDEREÇO RUA OSVALDO CRUZ 55 CENTRO		FONE (46)3536-110	CIDADE DOIS VIZINHOS		
LICITAÇÃO Tomada de Precos	NÚMERO 23	CONVÊNIO	CONTRATO 1962		
VALOR ORÇADO 800.000,00		SALDO ANTERIOR 672.067	VALOR DO EMPENHO 17.052,50		
		SALDO ATUAL 655.014,51			
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS REALIZADOS NA ESTRATEGIA SE DA FAMILIA - PSF, REF MES 0	16.285,13	16.285,13
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	511,58	511,58
3	1		VALOR REFERENTE IRRF.	255,79	255,79
FONTE DE RECURSO 495 Atencao Basica				TOTAL LÍQUIDO	17.052,50
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do do Bloco de Atencao Basica				TOTAL BRUTO	17.052,50
EMITIDO  FUNCIONARIO		VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 CONTADORA		AUTORIZO A DESPESA  SECRETÁRIO	
ORDEN DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____ TESOURARIA			RECIBO 4806 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 05 DE 07 DE 17 _____ CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 624000.5		ANOTAÇÕES	

**MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS**Secretaria Municipal de Administração e Finanças
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

036

Data e Hora da Emissão:

03/07/2017 17:18:30

Operador Emissor:

CLINICA M. R.

PRESTADOR DE SERVIÇOSCPF/CNPJ: **24074822000185**

I.E.:

I.M.: **109797**Telefone: **3536 1101**Nome/Razão: **CLINICA MÉDICA REGINATTO LTDA- EPP**Endereço: **RUA OSVALDO CRUZ, 55 - SALA 03 LT 02 Q. 135 - CENTRO - 85660000**Município: **Dois Vizinhos**UF: **PR**e-Mail: **escritorioalianca@escritorioalianca.com.br****TOMADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **76995430000152**

I.E.:

I.M.: **54313**Nome/Razão: **MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE**Endereço: **AV. MANOEL RIBAS, 620 - CENTRO - 85580000**Município: **Itapejara d'Oeste.**UF: **PR**e-Mail: **CLEVERSONJULIANI@HOTMAIL.COM****Cód.Serviço Discriminação**

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.01	SERVIÇOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SERVIÇOS DA FAMÍLIA - PSF REFERENTE MÊS DE JUNHO / 2017	17.052,50	0,00	17.052,50	3,00	511,58

Total Serviços (R\$) **17.052,50**Total ISS (R\$) **511,58**

Retenções (R\$)

COFINS

0,00

ISS (3,00)

511,58

PIS

0,00

IRRF (1,50%)

255,79

CSLL

0,00

INSS

0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 1397 / 2007

A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado em outro município (Itapejara d'Oeste).

O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador do Serviço.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

PROCON DOIS VIZINHOS: 46-3536-4062

Equiplano - NFS-e 500.2003q

Código de autenticidade: 93E252D2.84A5CDA7.2D6714AB.5E2A0D7E

