

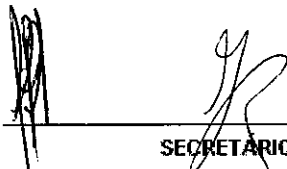


**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 003627/2017 Ordinário		RECURSO Orçamentário			
ORGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE		Nº CONTA 231	COD. DESDOBR. 1444		
CREDOR 3975 N. C. CITON - ME		CNPJ 11.416.593/0001-98			
ENDEREÇO RUA JOSE ALBERTON 206 CENTRO		FONE (46)99154235	CIDADE VERE		
LICITAÇÃO Tomada de Precos	NÚMERO 19	CONVÊNIO	CONTRATO 1766	EMIÇÃO 10.07.17	VENCIMENTO 31.07.17
VALOR ORÇADO 60.000,00	SALDO ANTERIOR 46.505	VALOR DO EMPENHO 38.948,00		SALDO ATUAL 7.557,65	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS REF ATENDIMENTOS REALIZADOS 06/2017.	37.195,34	37.195,34
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	1.168,44	1.168,44
3	1		VALOR REFERENTE IRRF.	584,22	584,22
FONTE DE RECURSO 0 Recursos Ordinarios (Livres)				TOTAL LÍQUIDO	38.948,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	38.948,00
EMITIDO  FUNCIONARIO		VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/0-4 CONTADORA		AUTORIZO A DESPESA  SECRETARIO	
ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. DE _____ DE _____ TESOURARIA			RECIBO 4942 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 QUITACÃO. 11 DE 07 DE 17 CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 29017-3		ANOTAÇÕES	



MUNICÍPIO DE VERÊ
Secretaria Municipal da Fazenda
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
www.esnfs.com.br

Número da Nota:
003
Data e Hora da Emissão:
10/07/2017 09:55:47
Operador Emissor:
N. C. C. C. M.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **11416593000198** I.E.: **ISENTA** I.M.: **8656** Telefone: **(46) 999154235**
Nome/Razão: **N. C. CITON CLINICA MEDICA - EIRELI - ME**
Endereço: **Rua José alberton , 206 - Centro - 85585000**
Município: **Verê** UF: **PR** e-Mail: **drciton@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:

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cálc.	Aliq.	ISS
4.03	Valores referente a serviços médicos prestados mes 06/2017	38.948,00	0,00	38.948,00	3,00	1.168,44

Total Serviços (R\$) **38.948,00**

Total ISS (R\$) **1.168,44**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
0,00	0,00	1.168,44	0,00	584,22	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **37.195,34**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 078/2016
A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.
O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador do Serviço.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

PROCON <http://www.procon.pr.gov.br/>

