



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | |
|--|--------------------------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO 003659/2017 Ordinario | RECURSO Orcamentario |
|--|--------------------------------|

| | |
|--|--|
| ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE | Nº CONTA 231 |
| CREADOR 2736 CLINICA MEDICA SARTORI SOC.SIMPLES | COD. DESDOBR. 1444 |
| ENDEREÇO RUA PEDRO RAMIRES DE MELLO 30 | CHPJ 07.280.891/0001-26 |

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| FONE 46 3224 1286 | CIDADE PATO BRANCO |
|-----------------------------|------------------------------|



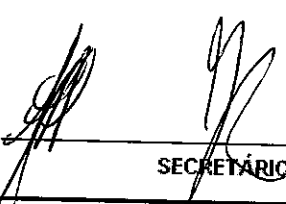
| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------|
| LICITAÇÃO Nao se Aplica | NÚMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMIÇÃO 11.07.17 | VENCIMENTO 11.07.17 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------|

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| VALOR ORÇADO 60.000,00 | SALDO ANTERIOR 7.557 | VALOR DO EMPENHO 300,00 | SALDO ATUAL 7.257,65 |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|--|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | VALOR REFERENTE HONORARIOS CONSULTA MEDICA DO MENOR DA DOS SANTOS. DATA NASC: 20/0 | 300,00 | 300,00 |

| | |
|---|--------------------------------|
| FONTE DE RECURSO 0 Recursos Ordinarios (Livres) | TOTAL LÍQUIDO 300,00 |
|---|--------------------------------|

| | |
|--|------------------------------|
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude | TOTAL BRUTO 300,00 |
|--|------------------------------|

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

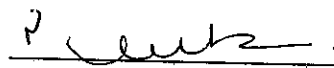
ORDEM DE PAGAMENTO
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 5606 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.


08 DE 08 DE 17



CREDOR

BANCO
Nº CHEQUE 854802 Nº DA CONTA 7000.9

ANOTAÇÕES

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| CLINICA MEDICA SARTORI LTDA RUA PEDRO RAMIRES DE MELLO, 396 - SALA 401 CEP: 85501-250 - Bairro: CENTRO DA CIDADE Município: Pato Branco - PR E-mail: rosibelmunhoz@hotmail.com Fone: 32241288 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 07.280.891/0001-26 ISENTA 235985 |  | Número da NFS-e 201700000000634 | |
| | | Data do Serviço 11/07/2017 | Código Verificador c6792755 |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
|  PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO/PR Secretaria de Administração e Finanças Fone: 3220-1544 - http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse | Dt. de Emissão 11/07/2017 | Natureza da Operação Tributação no município | Tributado no Município Pato Branco/PR |
| | | | |


| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---------------------|--|--|--|--|
| Tomador do Serviço Nome / Razão Social Município de Itapejara D'Oeste | | | | Município de Prestação do Serviço Pato Branco/PR | | | |
| Endereço Rua Abilion de Souza NAVES, 1152 | | | | | | | |
| Cidade Itapejara D'Oeste | | UF PR | Fone 46 88019482 | CEP 85580-000 | | | |
| Bairro Centro | | | | | | | |
| CNPJ / CPF 76.995.430/0001-52 | | Inscrição Municipal ***** | | Inscrição Estadual ***** | | | |
| e-mail joacarlos.venturin@hotmail.com | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------|--|--|------------------------------|--|--|
| Intermediário do Serviço Nome / Razão Social ***** | | | CNPJ / CPF ***** | | | Inscrição Municipal ***** | | |
| E-mail ***** | | | Fone ***** | | | | | |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. | VALOR IMPOSTO | RETIDO |
|--|-------------|--------|---------------|--------|
| Honorários de consulta médica de Deyvid dos Santos DT.NASC.20/06/08 | 300,00 | 2,0000 | 6,00 | Não |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina. | | | | | | | |
| CIDE ***** | COFINS 9,00 | COFINS Importação ***** | ICMS ***** | IOF ***** | IPI ***** | PIS/PASEP 1,95 | PIS/PASEP Importação ***** |
| Base Cálculo ISSQN Próprio 300,00 | Valor do ISSQN Próprio 6,00 | Base Cálculo ISSQN Retido 0,00 | Valor do ISSQN Retido 0,00 | Valor Total do ISSQN 6,00 | Valor Dedução/Descontos 0,00 | | |
| Valor Total da NFS-e 300,00 | | Valor Líquido da NFS-e 300,00 | | | | | |

Informações Adicionais
 Lei 12741/2012: Mun: R\$ 6,00; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 10,95;
 Total: R\$ 16,95.



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



201700000000634c679275507280891000126