



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 003945/2017 Ordinario	<b>RECURSO</b> Orcamentario
--	--------------------------------

<b>ORGÃO</b> 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	<b>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA</b> 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
<b>DOTAÇÃO</b> 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	<b>Nº CONTA</b> 232	<b>COD. DESDOBR.</b> 0878

<b>CREDOR</b> 2706 DIAS CLINICA INFANTIL S/S - ME.	<b>CHPJ</b> 10.589.953/0001-90
---	-----------------------------------

<b>ENDEREÇO</b> AV BRASIL, SALA 1201 450 CENTR	<b>FONE</b> 46 3220 2877	<b>CIDADE</b> PATO BRANCO
---	-----------------------------	------------------------------




<b>LICITAÇÃO</b> Tomada de Precos	<b>NÚMERO</b> 4	<b>CONVÊNIO</b>	<b>CONTRATO</b> 2095	<b>EMIÇÃO</b> 28.07.17	<b>VENCIMENTO</b> 10.08.17
--------------------------------------	--------------------	-----------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------

<b>VALOR ORÇADO</b> 1.600.000,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 571.320	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 8.000,00	<b>SALDO ATUAL</b> 563.320,85
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS EM PEDIATRIA REFERENTE MES 07/2017.	7.640,00	7.640,00
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	240,00	240,00
3	1		VALOR REFERENTE IRRF.	120,00	120,00

<b>FONTE DE RECURSO</b> 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	8.000,00
---	----------------------	----------

<b>NOME DO PROJETO/ATIVIDADE</b> Manutencao do Fundo Municipal de Saude	<b>TOTAL BRUTO</b>	8.000,00
--	--------------------	----------

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

<b>ORDEM DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. ____ DE _____ DE _____ TESOURARIA	<b>RECIBO 5433 R\$</b> 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. 02 DE 08 DE 17 CREDOR
--	---

<b>BANCO</b> Nº CHEQUE	<b>Nº DA CONTA</b> 7000.9	<b>ANOTAÇÕES</b>
---------------------------	------------------------------	------------------

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

**DIAS CLINICA INFANTIL S/S - ME**  
 AV BRASIL, 450 - SALA 1201  
 CEP: 85501-071 - Bairro: CENTRO DA CIDADE  
 Município: Pato Branco - PR  
 E-mail: diasclinicainfantil@gmail.com  
 Fone: 32202877  
 CNPJ / CPF                      Inscrição Estadual    Inscrição Municipal  
 10.589.953/0001-90            \*\*\*\*\*                      265637



Número da NFS-e  
**201700000000177**

Data do Serviço                      Código Verificador  
**31/07/2017**                      **72765faa**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO/PR**

Secretaria de Administração e Finanças  
 Fone: 3220-1544 - <http://nfse.pato Branco.pr.gov.br/nfse>

Dt. de Emissão

Natureza da Operação

Tributado no Município

31/07/2017

Tributação no município

Pato Branco/PR

**TOMADOR DO SERVIÇO**

**Município de Prestação do Serviço**

Nome / Razão Social  
**Fundo municipal de saúde**

Endereço  
**Abilon Souza Naves, 1275**

Cidade                      UF                      Fone                      CEP  
**Itapejara D'Oeste**                      PR                      46 35268300                      85580-000

Bairro                      Município de Prestação do Serviço  
**centro**                      **Itapejara D'Oeste/PR**

CNPJ / CPF                      Inscrição Municipal                      Inscrição Estadual  
**09.323.218/0001-51**                      \*\*\*\*\*                      \*\*\*\*\*

E-mail  
**lademirlucini@hotmail.com**

**INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO**

Nome / Razão Social                      CNPJ / CPF                      Inscrição Municipal  
 \*\*\*\*\*                      \*\*\*\*\*                      \*\*\*\*\*

E-mail                      Fone  
 \*\*\*\*\*                      \*\*\*\*\*

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Serviços prestado em Pediatria- Concorrência 004/2017- IR Retido: R\$ 120,00. ISS Retido - 240,00	8.000,00	2,0000	0,00	Não

Código do Serviço  
**04.01 - Medicina e biomedicina.**

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  
**8.000,00**                      **0,00**                      **0,00**                      **0,00**                      **0,00**                      **0,00**

Valor Total da NFS-e                      Valor Líquido da NFS-e  
**8.000,00**                      **7.880,00**

Informações Adicionais

Reg. Especial: Estimativa.  
 Lei 12741/2012: Mun: R\$ 0,00; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 0,00;  
 Total: R\$ 0,00.

**7640,00**



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



20170000000017772765faa10589953000190