



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
004003/2017 Ordinário	Orcamentario

ÓRGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOTAÇÃO	
103020021.2.025.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	Nº CONTA 1454
CREDOR 4513 CLINICA MEDICA REGINATTO LTDA - EPP	COD. DESDOBR. 1518
	CNPJ 24.074.822/0001-85

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
RUA OSVALDO CRUZ 55 CENTRO	(46) 3536-110	DOIS VIZINHOS

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	23		1962	31.07.17	10.08.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
40.448,47	40.448	17.052,50	23.395,97

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS PRESTADOS NO MES 07/2017.	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	TOTAL LÍQUIDO
495 Atencao Basica	17.052,50
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutencao do do Bloco de Atencao Basica	17.052,50

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

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

DE _____ DE _____

TESOURARIA

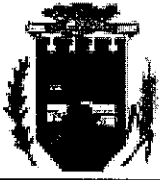
RECIBO 5621 R\$

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.

10 DE 08 DE 17

CREDOR

BANCO	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	624000.5	



MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS
 Secretaria Municipal de Administração e Finanças
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
 www.esnfs.com.br

Número da Nota:
038
 Data e Hora da Emissão:
31/07/2017 13:29:33
 Operador Emissor:
CLINICA M. R.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **24074822000185** I.E.: **NAO INFORMADO** 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:

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cálc.	Alíq.	IS
4.01	SERVIÇOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SERVIÇOS DA FAMÍLIA - PSF REFERENTE MÊS DE JULHO / 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	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
	0,00	511,58	0,00	255,79	0,00	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

