



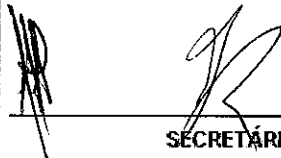


FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 004004/2017 Ordinario		RECURSO Orcamentario			
ORGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE		Nº CONTA 232	COD. DESDOBR. 0878		
CREADOR 4513 CLINICA MEDICA REGINATTO LTDA - EPP		CNPJ 24.074.822/0001-85			
ENDEREÇO RUA OSVALDO CRUZ 55 CENTRO		FONE (46) 3536-1101	CIDADE DOIS VIZINHOS		
LICITAÇÃO Tomada de Precos	NÚMERO 23	CONVÊNIO	CONTRATO 1962		
		EMISSÃO 31.07.17	VENCIMENTO 31.07.17		
VALOR ORÇADO 1.600.000,00	SALDO ANTERIOR 504.643	VALOR DO EMPENHO 8.950,00	SALDO ATUAL 495.693,23		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS EM PLANTOES REF MES 07/2017	8.547,25	8.547,25
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	268,50	268,50
3	1		VALOR REFERENTE IRRF.	134,25	134,25
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	8.950,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	8.950,00
EMITIDO  FUNCIÓARIO		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 5668 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 CHEQUE _____ Nº DA CONTA 7000.9			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:

039

Data e Hora da Emissão:

31/07/2017 13:34:59

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 Cál.	Alf.	ISS
4.01	SERVIÇOS MÉDICOS DE PLANTÕES REFERENTE JULHO / 2017	8.950,00	0,00	8.950,00	3,00	268,50

Total Serviços (R\$) **8.950,00**

Total ISS (R\$) **268,50**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
0,00		268,50	0,00	134,25	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

