



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

# NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
004019/2017 Ordinario	Orcamentario

ÓRGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	232	0878

CREDOR	CHPJ
3975 N. C. CITON - ME	11.416.593/0001-98

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
RUA JOSE ALBERTON 206 CENTRO	(46)99154235	VERE

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVENIO	CONTRATO	EMISSÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	19		1766	01.08.17	31.08.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.600.000,00	460.925	38.948,00	421.977,56

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS PRESTADOS NO MES 07/2017.	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	TOTAL LÍQUIDO
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	38.948,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	38.948,00

<b>EMITIDO</b>	<b>VISTO</b>	<b>AUTORIZO A DESPESA</b>
<b>FUNCIIONARIO</b>	<b>CONTADORA</b>	<b>SECRETÁRIO</b>

<b>ORDEN DE PAGAMENTO</b>
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.
_____ DE _____ DE _____
<b>TESOURARIA</b>

<b>RECIBO 5549 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.
07 DE 08 DE 17
<b>CREDOR</b>

BANCO	Nº DA CONTA
Nº CHEQUE	7000-9

ANOTAÇÕES
-----------

**MUNICÍPIO DE VERÊ**

Secretaria Municipal da Fazenda

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

**011**

Data e Hora da Emissão:

**04/08/2017 11:34:13**

Operador Emissor:

N. 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

3 SERVIÇOS MEDICO PRESTADOS REPERENTES AO MES DE JULHO/2017

Val.Serviço

38.948,00

Dedução

0,00

Base Cálç.

38.948,00

Aliq.

3,00

ISS

1.168,44

Total Serviços (R\$) **38.948,00**Total ISS (R\$) **1.168,44**

Retenções (R\$)

COFINS

0,00

ISS (3,00)

1.168,44

PIS

0,00

IRRF (1,50%)

584,22

CSLL

0,00

INSS

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/>