




**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 004702/2017 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				
CREDOR 4097 CLASO CLINICA MEDICA LTDA ME		CNPJ 18.403.603/0001-08						
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, AP 10 1212 CENT		FONE (46)991035498		CIDADE FRANCISCO BELTRAO				
LICITAÇÃO Concorrencencia		NÚMERO 1	CONVÊNIO	CONTRATO 1565	EMISSÃO 28.08.17	VENCIMENTO 10.09.17		
VALOR ORÇADO 1.600.000,00		SALDO ANTERIOR 358.788		VALOR DO EMPENHO 10.350,00		SALDO ATUAL 348.438,16		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL		
1		1	VALOR REFERENTE HONORARIOS DE 09 PLANTOES REALIZADOS N 08/2017.		9.884,2	9.884,25		
2		1	VALOR REFERENTE ISS.		310,5	310,50		
3		1	VALOR REFERENTE IRRF.		155,2	155,25		
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos					TOTAL LÍQUIDO	10.350,00		
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude					TOTAL BRUTO	10.350,00		
EMITIDO  FUNCIONARIO			VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/D-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 7669 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 09 DE 10 DE 17 CREDOR				
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 7000.9		ANOTAÇÕES				



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
 Secretaria de Finanças - Departamento de Fiscalização Tributária
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
 www.esnfs.com.br

Número da Nota:
083
 Data e Hora da Emissão:
29/08/2017 09:50:14
 Operador Emissor:
CLASO C. M. M.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **18403603000108** I.E.: I.M.: **304986** Telefone: **4691035498**
 Nome/Razão: **CLASO CLÍNICA MÉDICA LTDA ME**
 Endereço: **RUA SÃO PAULO, 1212 AP 10 - Q 152 L 11 - CENTRO - 85601010**
 Município: **Francisco Beltrão** UF: **PR** e-Mail: **clasoclinica@yahoo.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: **vlademirlucini@hotmail.com**

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.01	Referente a 9 plantões de 12 hs a R\$1.150,00 cada, executados no mês de agosto, totalizando 10.350,00	10.350,00	0,00	10.350,00	3,00	310,50

Total Serviços (R\$) **10.350,00**

Total ISS (R\$) **310,50**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (0,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	0,00	0,00	0,00 155,25	0,00	0,00
Total Líquido (R\$)	10.350,00					

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 3717 / 2010 e Decreto 209/2011
 A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

PROCON FRANCISCO BELTRÃO - Rua Niterói, 468 - Alvorada - Francisco Beltrão - PR
 Fone (46) 3524-5063

Equiplano - NFS-e 500.2003u

Código de autenticidade: A766AFA5.A9AC8B36.6BB76897.342EF4C7

