

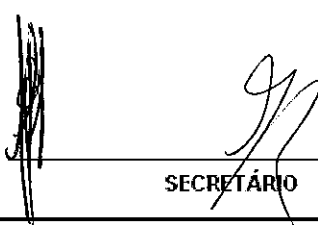


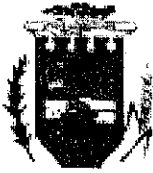
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 004900/2017 Ordinario		RECURSO Orcamentario	
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE			UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900		OUTROS SERVIÇOS DE TE 232		COD. DESDOBR. 0878	
CREADOR 4513 CLINICA MEDICA REGINATTO LTDA - EPP			CHPJ 24.074.822/0001-85		
ENDEREÇO RUA OSVALDO CRUZ 55 CENTRO		FONE (46)3536-110		CIDADE DOIS VIZINHOS	
LICITAÇÃO Nao se Aplica		NÚMERO		CONVÊNIO	
CONTRATO		EMISSÃO 01.09.17		VENCIMENTO 15.09.17	
VALOR ORÇADO 1.600.000,00		SALDO ANTERIOR 253.348		VALOR DO EMPENHO 4.475,00	
				SALDO ATUAL 248.873,61	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	VALOR REFERENTE HONORARIOS DE PLANTOES REALIZADOS NO M 08/2017.	4.273,6	4.273,63
2	1	1	VALOR REFERENTE ISS.	134,2	134,25
3	1	1	VALOR REFERENTE IRRF.	67,1	67,12
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO 4.475,00	
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO 4.475,00	
EMITIDO  FUNCIIONARIO		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 6533 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. _____ 06 DE _____ 09 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:

041

Data e Hora da Emissão:

01/09/2017 14:15:14

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.	Aliq.	ISS
4.01	SERVIÇOS MÉDICOS DE PLANTÕES REFERENTE AGOSTO / 2017	4.475,00	0,00	4.475,00	3,00	134,25

Total Serviços (R\$) **4.475,00**

Total ISS (R\$) **134,25**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
0,00	0,00	134,25	0,00	67,12	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

