**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
005002/2017 Ordinário	Orcamentario

ORGÃO	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

CREADOR	CNPJ
3975 N. C. CITON - ME	11.416.593/0001-98

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




LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	19		1766	04.09.17	15.09.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.600.000,00	236.856	38.948,00	197.908,48

ITEM	QUANT.	UNIB.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1		1	VALOR REFERENTE HONORARIOS REALIZADOS NO MES 08/2017.	37.195,3	37.195,34
2		1	VALOR REFERENTE ISS.	1.168,4	1.168,44
3		1	VALOR REFERENTE IRRF.	584,2	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	

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	 ANA MARIA CORTUNG PR-072160/0-4	
FUNCIIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

ORDEM DE PAGAMENTO	RECIBO 6534 R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.	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.
DE _____ DE _____	06 DE 09 DE 17
TESOURARIA	CREDOR

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	
Nº DA CONTA 7000.9	



MUNICÍPIO DE VERÊ
Secretaria Municipal da Fazenda
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
www.esnfs.com.br

Número da Nota:
017
Data e Hora da Emissão:
05/09/2017 15:13:39
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	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.03	SERVIÇOS MEDICO PRESTADOS REFERENTES AO MES DE AGOSTO/2017	38.948,00	0,00	38.948,00	3,00	1.168,44

Total Serviços (R\$) **38.948,00**

Total ISS (R\$) **1.168,44**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
0,00	0,00	1.168,44	0,00	584,22	0,00	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/>

