






FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 005089/2017 Ordinário		RECURSO Orcamentario			
ORGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339032030000 MATERIAL, BEM OU SERV		Nº CONTA 228	COD. DESDOBR. 0931		
CREDOR 745 FARMACIA ALTERNATIVA LTDA		CNPJ 78.183.514/0001-17			
ENDEREÇO RUA IBIPORA , 578		FONE 46-2244748	CIDADE PATO BRANCO		
LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO 11.09.17	VENCIMENTO 10.10.17
VALOR ORÇADO 90.000,00	SALDO ANTERIOR 3.688	VALOR DO EMPENHO 104,00		SALDO ATUAL 3.584,17	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	VLR REF AQUISICAO DE 01 UN SULFADIAZINA 100MG/ML 140ML	52,0	52,00
2	1	1	01 UN SOLUCAO ORAL PIRIMETA 2MG/ML 60ML.	34,0	34,00
3	1	1	01 UN ACIDO FOLICO 0,2MG/ML	18,0	18,00
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	104,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	104,00
EMITIDO  FUNCIONARIO		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 7146 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. 25 DE 09 DE 17 CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE			Nº DA CONTA 7000.9 ANOTAÇÕES		

FARMACIA ALTERNATIVA LTDA

R. IBIPORA, 578, 578
CENTRO
PATO BRANCO - PR
CEP: 85501-280

FONE: (46)3224-4748

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.819.122
SÉRIE 1
FOLHA 01/00



CHAVE DE ACESSO

4117 0978 1835 1400 0117 5500 1000 8191 2210 0819 1221

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA NO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170148789703 13/09/2017 15:13:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL
3160229607

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

78.183.514/0001-17

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA D'OESTE

CNPJ / CPF

76.995.430/0001-52

DATA DA EMISSÃO

13/09/2017

ENDEREÇO

AVENIDA MANOEL RIBAS, 620

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

85580-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

13/09/2017

MUNICÍPIO

ITAPEJARA D'OESTE

FONE / FAX

(46)3526-8300

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

104,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

104,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9-Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

LOCAL DE ENTREGA

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

BAIRRO / DISTRITO

MUNICÍPIO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM / SII	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
911-982120	SUI.FADIAZINA 100MG/ML. 140ML	30049099	0500	5102	un	1,000	52,000	52,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
911-982247	SOLUCAO ORAL PIRIMETAMINA 2MG/ML. 60ML.	30049099	0500	5102	un	1,000	34,000	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
911-982073	ACIDO FOIJICO 0,2MG/ML. 60ML.	30049099	0500	5102	un	1,000	18,000	18,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val Aprox Tributos R\$27,82(26,75%) Fonte:IBPT

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 13/09/2017 15:13

RECEBEMOS DE FARMACIA ALTERNATIVA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

EMISSÃO: 13/09/2017 - DEST. / REM.: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA D'OESTE - VALOR TOTAL: R\$ 104,00

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.819.122
SÉRIE 1