



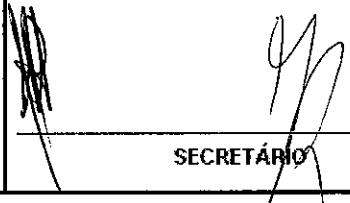


FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHIPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 005435/2017 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 0878		COD. DESDOBR. 232	
CREADOR 3916 HELITON EDER ALVES MOREIRA E CIA LT			CHIPJ 17.825.211/0001-66		
ENDEREÇO AV. GETULIO VARGAS 223 CENTRO		FONE		CIDADE VERE	
LICITAÇÃO Nao se Aplica		NÚMERO		CONVENIO	
CONTRATO		EMISSÃO 15.09.17		VENCIMENTO 30.09.17	
VALOR ORÇADO 1.600.000,00		SALDO ANTERIOR 148.296		VALOR DO EMPENHO 5.750,00	
				SALDO ATUAL 142.546,40	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS DE PLANTOES REALIZADOS NO M 09/2017.	5.577,5	5.577,50
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	172,5	172,50
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO 5.750,00	
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO 5.750,00	
EMITIDO 		VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/0-4		AUTORIZO A DESPESA 	
FUNCIIONARIO		CONTADORA		SECRETÁRIO	
ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____			RECIBO 7291 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. 29 DE 09 DE 17		
TESOURARIA			CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 7000-9		ANOTAÇÕES	



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

Número da Nota:
002
Data e Hora da Emissão:
20/09/2017 15:38:57
Operador Emissor:
HELITON E. A.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **17825211000166** I.E.: **ISENTO** I.M.: **8371** Telefone: **4635261416**
Nome/Razão: **HELITON EDER ALVES MOREIRA & CIA LTDA - ME**
Endereço: **AV GETULIO VARGAS, 223 - CENTRO - 85585000**
Município: **Verê** UF: **PR** e-Mail: **cpceescritorio@hotmail.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
4.01	PLANTÃO MÉDICO.	5.750,00	0,00	5.750,00	3,00	172,50

Total Serviços (R\$) **5.750,00**

Total ISS (R\$) **172,50**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
0,00	0,00	172,50	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **5.577,50**

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/>

