

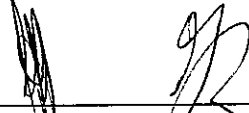


**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

<b>Nº DO EMPENHO/TIPO</b> 005678/2017 Ordinário		<b>RECURSO</b> Orçamentário			
<b>ÓRGÃO</b> 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		<b>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA</b> 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
<b>DOTAÇÃO</b> 103020021.2.024.339030090000 MATERIAL DE CONSUMO		<b>Nº CONTA</b> 227	<b>COD. DESDOBR.</b> 1028		
<b>CREDOR</b> 745 FARMACIA ALTERNATIVA LTDA		<b>CNPJ</b> 78.183.514/0001-17			
<b>ENDEREÇO</b> RUA IBIPORA, 578		<b>FONE</b> 46-2244748	<b>CIDADE</b> PATO BRANCO		
<b>LICITAÇÃO</b> Nao se Aplica	<b>NÚMERO</b>	<b>CONVÊNIO</b>	<b>CONTRATO</b>	<b>EMIÇÃO</b> 27.09.17	<b>VENCIMENTO</b> 28.10.17
<b>VALOR ORÇADO</b> 300.000,00	<b>SALDO ANTERIOR</b> 95.996	<b>VALOR DO EMPENHO</b> 70,00		<b>SALDO ATUAL</b> 95.926,18	
<b>ITEM</b>	<b>QUANT.</b>	<b>UNID.</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
1	1		VALOR REFERENTE AQUISICAO D		
			SULFADIAZINA 100 MG/ML 140M	52,0	52,00
2	1		01 UN ACIDO FOLINICO 2MG/ML	18,0	18,00
<b>FONTE DE RECURSO</b> 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				<b>TOTAL LÍQUIDO</b>	70,00
<b>NOME DO PROJETO/ATIVIDADE</b> Manutencao do Fundo Municipal de Saude				<b>TOTAL BRUTO</b>	70,00
<b>EMITIDO</b>  <b>FUNCIONARIO</b>		<b>VISTO</b>  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 <b>CONTADORA</b>		<b>AUTORIZO A DESPESA</b>  <b>SECRETARIO</b>	
<b>ORDEN DE PAGAMENTO</b> PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.  _____ DE _____ DE _____  <b>TESOURARIA</b>			<b>RECIBO 7480 R\$</b> 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 QUITACÃO.  04 DE 10 DE 17  <b>CREDOR</b>		
<b>BANCO</b> Nº CHEQUE		<b>Nº DA CONTA</b> 7000.9		<b>ANOTAÇÕES</b>	

**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 000.819.136  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/00



CHAVE DE ACESSO

4117 0978 1835 1400 0117 5500 1000 8191 3610 0819 1367

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA NO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170158599226 28/09/2017 15:44:12

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

28/09/2017

ENDEREÇO

AVENIDA MANOEL RIBAS, 620

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

85580-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

28/09/2017

MUNICÍPIO

ITAPEJARA D'OESTE

FONE / FAX

(46)3526-8300

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

**FATURA / DUPLICATAS**

PAGAMENTO À VISTA

**VEÍCULO 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	70,00
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	70,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL		PRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		9-Sem Frete				
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 / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
911-982120	SULFADIAZINA 100MG/ML. 140ML.	30049099	0500	5102	un	1,000	52,000	52,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
911-982119	ACIDO FOLINICO 2MG/ML. 30ML.	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\$18,73(26,76%) Fonte:IBPT	RESERVADO AO FISCO
------------------------------------------------------------------------------	--------------------

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/09/2017 15:45

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

EMISSÃO: 28/09/2017 - DEST. / REM.: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAPEJARA D'OESTE - VALOR TOTAL: R\$ 70,00

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**NF-e**  
Nº 000.819.136  
SÉRIE 1