






FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 005783/2017 Ordinario		RECURSO Orcamentario	
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE			UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE		Nº CONTA 232	COD. DESDOBR. 0878		
CREDOR 3916 HELITON EDER ALVES MOREIRA E CIA LT		CHPJ 17.825.211/0001-66			
ENDEREÇO AV. GETULIO VARGAS 223 CENTRO		FONE	CIDADE VERE		
LICITAÇÃO Concorrencencia	NÚMERO 6	CONVÊNIO	CONTRATO 2145	EMIÇÃO 02.10.17	VENCIMENTO 15.10.17
VALOR ORÇADO 1.600.000,00	SALDO ANTERIOR 12.819	VALOR DO EMPENHO 7.920,00		SALDO ATUAL 4.899,25	
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE PLANTOES ME REALIZADOS NO MES 09/2017.	7.682,4	7.682,40
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	237,6	237,60
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	7.920,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	7.920,00
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 7547R\$ 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 QUITAÇÃO. 05 DE 10 DE 17 CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE		Nº DA CONTA 7.000.9		ANOTAÇÕES	



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

Número da Nota:
004
Data e Hora da Emissão:
03/10/2017 10:22:19
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: **76896976000156** I.E.: I.M.:
Nome/Razão: **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEJARA D'OESTE**
Endereço: **R Rui Barbosa, S/N, - Centro, Itapejara D'Oeste - 85580000**
Município: **Itapejara d'Oeste** UF: **PR** e-Mail:

Cód.Serviço	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.01	PLANTÃO MÉDICO	7.920,00	0,00	7.920,00	3,00	237,60

Total Serviços (R\$) **7.920,00**

Total ISS (R\$) **237,60**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	237,60	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **7.682,40**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 078/2016
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 <http://www.procon.pr.gov.br/>

