

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

**NOTA DE EMPENHO**

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
005871/2017 Ordinário	Orcamentario

ORGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339032030000 MATERIAL, BEM OU SERV	228	0931

CREDOR 4844 SAVIMED PRODUTOS MEDICOS E NUTRICAO CNPJ 26.640.161/0001-33

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
AV. ANITA GARIBALDI 2480 BOA V	41-30440500	CURITIBA

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Pregao Presencial	16		2074	04.10.17	03.11.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
115.000,00	28.080,1	149,04	27.931,13

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1		12	VALOR REFERENTE AQUISICAO D LATAS NAN AR 400 GR FORMULA INFANTIL. LOTE 6327046041.	12,4200	149,04

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	149,04

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	149,04

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
FUNCIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO
	ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4	

<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 9606 R\$</b> DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTANCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 04 DE 12 DE 17  _____ <b>CREDOR</b>
---	---

BANCO	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	7000.9	

RECEBEMOS DE SAVIMED COM. PROD MEDICOS - ME OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 00000195 Série 1
Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor	

 <p>SAVIMED COM. PROD MEDICOS - ME AV ANITA GARIBALDI, 2480, LOJA 09 BOA VISTA CEP 82.200-550 - CURITIBA - PR FONE 41 3044-0500 - FAX</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>1 - Saída 2 - Entrada</p> <p>NF-e Nº 00000195 Série 1 Página 1 de 1</p>	
	<p>Chave de Acesso 4117 1026 6401 6100 0133 5500 1000 0001 9510 0460 2552</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no Site da Sefaz autorizada</p>	<p>Protocolo de autorização 141170162097347 04/10/2017 11:39:15</p> <p>CNPJ 26.640.161/0001-33</p>
<p>Natureza de Operação VENDA MERC ADQ OU REC DE TERCEIROS - DENTRO ESTADO</p> <p>Inscrição Estadual 9073789696      Inscrição Estadual Subst. Tributário</p>		

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ/CPF		Data da Emissão	
Nome/Razão Social MUNICIPIO DE ITAPEJARA DOESTE		76.995.430/0001-52		04/10/2017	
Endereço AVENIDA MANOEL RIBAS, 620, PREFEITURA		Bairro CENTRO		Data de Saída/Entrada	
Município ITAPEJARA D OESTE		UF PR		Hora de Saída	
Fone/Fax 4635268300		Inscrição Estadual ISENTO		CEP 85.580-000	

<b>FATURA</b>
195/1 03/11/17 149,04

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Substituição	Valor Total dos Produtos	
0,00	0,00	0,00	0,00	149,04	
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor do Desconto	Outras Despesas Aces.	Valor do IPI	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	149,04

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
Razão Social EXPRESSO SÃO MIGUEL LTDA		Frete por Conta 0 - Emitente	Código ANTT	Placa Veículo	UF PR	CNPJ/CPF 00.428.307/0012-40
Endereço RUA ANGELA GABARDO PAROLIN		Município CURITIBA		Inscrição Estadual		
Quantidade 1	Espécie CX	Marca	Numeração	Peso Bruto 4,8	Peso Líquido 4,8	

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
Código Produto/Serviço	Descrição Produto/Serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total do Item	Base de Cálculo ICMS	Valor ICMS	Valor IPI	Aliq. ICMS	Aliq. IPI
146	NAN AR 400GR FÓRMULA INFANTIL LOTE: 6327046041 - VALIDADE: 01/02/2018 - QTDE: 12	19011010	0102	5102	LA	12,00	12,4200	149,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>CÁLCULO DO ISSQN</b>			
Inscrição Municipal	Valor Total dos Serviços	Base do Cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
<p>Informações Complementares</p> <p>ORDEM DE FORNECIMENTO 23566 - ENTREGA: UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE - RUA: ABILLON DE SOUZA NAVES - CEP 85580-000 - A/C DE JUSSARA OU JOÃO / QUITAÇÃO DEPOSITO BANCARIO BANCO 341 ITAU AG 3701 C/C 31410-0 / VAL.APROX.TRIBUTOS R\$ 46,20 (31,00%) /</p>	<p>Reservado ao Fisco</p> <p>5871-04110</p>