



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CPF: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
005921/2017 Ordinário	Orcamentario

ÓRGÃO	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	
07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO	Nº CONTA	COD. DESDOBR.
103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	232	0878
CREDOR	CNPJ	
3975 N. C. CITON CLINICA MEDICA - EIRELI	11.416.593/0001-98	

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
RUA JOSE ALBERTON 206 CENTRO	(46) 99154235	VERE

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Tomada de Precos	19		1766	09.10.17	31.10.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
2.150.000,00	550.151	38.948,00	511.203,14

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS REALIZADOS NO MES 09/2017.	37.195,3	37.195,34
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	1.168,4	1.168,44
3	1		VALOR REFERENTE IRRF.	584,2	584,22

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	38.948,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	38.948,00

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

ORDEN DE PAGAMENTO

PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 7708 R\$

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.

11 DE 10 DE 17

CREDOR

BANCO	Nº DA CONTA	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	7000.9	

**MUNICÍPIO DE VERÊ**

Secretaria Municipal da Fazenda

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

025

Data e Hora da Emissão:

09/10/2017 14:52:16

Operador Emissor:

N C. C. C. M.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 11416593000198

I.E.: ISENTA

I.M.: 8656

Telefone: (46) 999154235

Nome/Razão: N C. CITON CLINICA MEDICA - EIRELI - ME

Endereço: Rua José alberton , 206 - Centro - 85585000

Município: Verê

UF: PR

e-Mail: drciton@gmail.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 Cálc.	Aliq.	ISS
4.03	Valores referente a serviços médicos prestados mes 09/2017	38.948,00	0,00	38.948,00	3,00	1.168,44

Total Serviços (R\$) **38.948,00**Total ISS (R\$) **1.168,44**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF (1,50%)	CSLL	INSS
0,00	0,00	1.168,44	0,00	584,22	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **37.195,34****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 IMPOSTOSPROCON <http://www.procon.pr.gov.br/>