



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
006527/2017 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	CNPJ	
4639 A R FIOREZZANO DISTRIBUIDORA DE MED	10.869.890/0001-26	



ENDEREÇO	FONE	CIDADE
AV GUIOMAR DE JESUS LOPES 143	(46)35243136	FRANCISCO BELTRAO

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Pregao Presencial	16		2072	25.10.17	25.11.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
115.000,00	28.584,1	2.593,92	25.990,25

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1		12	VALOR REFERENTE AQUISICAO D ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO, PARA CRIANCAS COM ALERGIAS ALIMENTARES. LOTE: 100677386.	216,1600	2.593,92

FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	TOTAL LÍQUIDO	2.593,92
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude	TOTAL BRUTO	2.593,92

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

ORDEN DE PAGAMENTO

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

DE _____ DE _____

TESOURARIA

BANCO Nº CHEQUE Nº DA CONTA 7000.9

RECIBO 8417 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.

30 DE 10 DE 17

CREDOR

ANOTAÇÕES

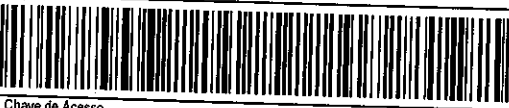
Recebemos de A R Fiorenzano Distribuidora De Medicamentos Ltda os produtos constantes na nota fiscal ao lado

Data do Recebimento: _____ Identificação e Assinatura do Recebedor: _____

NFe nº: **00.003.155**
Série: **002**

DAVISA
Distribuidora de Medicamentos
A R Fiorenzano Distribuidora De Medicamentos Ltda
Av Guiomar De Jesus Lopes 143 S/b
Cristo Rei - FRANCISCO BELTRAO/PR
Fone: (46)3524-3136 - CEP: 85.602-000

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
1 - SAÍDA
Nº: **00.003.155**
Série: **002**
Folha: **1 de 1**



Chave de Acesso
4117.1010.8698.9000.0126.5500.2000.0031.5510.0003.1553

Consulta de Autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ autorizadora.

Natureza da Operação: **VENDA DE MERCADORIAS ADQUIR/RECEB DE TERCEIROS**

Inscrição Estadual ou RG: **9048218374** Inscrição Estadual do Substituto Tributário: _____

Protocolo e Data de Autorização de Uso: **141170175306037 26/10/2017 9:55:59**

CNPJ ou CPF: **10.869.890/0001-26**

DESTINATÁRIO OU REMETENTE

Nome ou Razão Social: **Município De Itapejara D'oste - Fms**

Endereço: **Avenida Manoel Ribas, 620**

Cidade: **ITAPEJARA D'OESTE**

Fone: **(00)0000-0000**

Estado: **PR**

CNPJ ou CPF: **000360 76.995.430/0001-52**

Bairro/Distrito: **Centro**

CEP: **85.580-000**

Data de Emissão: **26/10/2017**

Data de Saída/Entrada: **26/10/2017**

Inscrição Estadual ou RG: **Isento**

Hora da Saída/Entrada: _____

Duplicatas

1	25/11/2017	R\$ 2.593,92
---	------------	--------------

Impostos e Tributação

Base de Cálculo do ICMS	0,00	Valor do ICMS	0,00	Base de Cálculo do ICMS ST	0,00	Valor do ICMS ST	0,00	Valor Aprox. Impostos (% e R\$)	30,75 %	797,63	Valor Total dos Produtos	2.593,92
Frete	0,00	Seguro	0,00	Descontos	0,00	Outras Despesas	0,00	Valor do IPI	0,00		Valor Total da Nota	2.593,92

TRANSPORTADOR/VOLUMES

Razão Social: **Davisa Distribuidora De Medicamentos Ltda**

Endereço: **Av. Prefeito Guiomar De Jesus Lopes**

Cidade: **FRANCISCO BELTRAO**

Quantidade: **3**

Espécie: _____

Marca: _____

Frete por Conta: **0 - Emitente**

Código ANTT: _____

Placa: **000-0000**

UF: **PR**

CNPJ: **10.869.890/0001-26**

UF: **PR**

Inscrição Estadual ou RG: _____

Numeração: _____

Peso Bruto: **0,000**

Peso Líquido: **0,000**

Produtos

Código	Descrição do Produto	NCM/SH	CST	CFOP	Apres.	Qtde	Valor Unitário	Desconto	Valor Total	B. C. ICMS	Valor ICMS	Valor IPI	% ICMS	% IPI
0001237	Alimento nutricionalmente completo, para crianças com alergias alimentares ou di Lote: 100677386 Qtde: 12,000 Fab.: 01/11/2016 Val.: 30/11/2018	21069090	000	5102	LAT	12,00	216,1600	0,00	2.593,92	0,00	0,00	0,90	00	00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal: _____ Valor Total dos Serviços: _____

Base de Cálculo do ISSQN: _____ Valor do ISSQN: _____

Dados Adicionais

Informações Complementares: **DOCUMENTO EMITIDO POR EMPRESA ENQUADRADA NO REGIME FISCAL DA MICRO EMPRESA E DAS EMPRESAS DE PEQUENO PORTE - DE ACORDO COM A LC 123/2006.**

Dados Bancários para Depósito: Banco Cecred (n.085), Agência 0113, Conta 3044-9

Nota fiscal ref. Licitação: PREGÃO PRESENCIAL Nº 016/2017 - ordem de fornecimento 23587

Reservado ao Fisco: _____