


**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS
CHPJ: 09.323.218/0001.51**NOTA DE EMPENHO**Nº DO EMPENHO/TIPO: 006779/2017 Ordinário
RECURSO: OrcamentarioÓRGÃO: 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOTAÇÃO: 103020021.2.024.339032030000 MATERIAL, BEM OU SERV
Nº CONTA: 228
COD. DESDOBR.: 0931
CREDOR: 745 FARMACIA ALTERNATIVA LTDA
CHPJ: 78.183.514/0001-17ENDEREÇO: RUA IBIPORA, 578
FONE: 46-2244748
CIDADE: PATO BRANCOLICITAÇÃO: Não se Aplica
NÚMERO: _____
CONVÊNIO: _____
CONTRATO: _____
EMIÇÃO: 06.11.17
VENCIMENTO: 17.11.17VALOR ORÇADO: 115.000,00
SALDO ANTERIOR: 12.361,5
VALOR DO EMPENHO: 18,00
SALDO ATUAL: 12.343,50

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE AQUISICAO D SOLUCAO ORAL DE ACIDO FOLIN ML.	18,0000	18,00

FONTE DE RECURSO: 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos
TOTAL LÍQUIDO: 18,00NOME DO PROJETO/ATIVIDADE: Manutencao do Fundo Municipal de Saude
TOTAL BRUTO: 18,00

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 8735 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. 09 DE 11 DE 17 CREDOR
--	---

BANCO: _____ Nº CHEQUE: _____ Nº DA CONTA: 7000.9 ANOTAÇÕES: _____

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 000.819.165

SÉRIE 1

FOLHA 01/00



CHAVE DE ACESSO

4117 1178 1835 1400 0117 5500 1000 8191 6510 0819 1656

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 NO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170182097380 07/11/2017 15:02:17

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

07/11/2017

ENDEREÇO

AVENIDA MANOEL RIBAS, 620

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

85580-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

07/11/2017

MUNICÍPIO

ITAPEJARA D'OESTE

FONE / FAX

(46)3526-8300

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO 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

18,00

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

18,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9-Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

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	C8088	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
911-982006	SOLUCAO ORAL DE ACIDO FOLINICO 30 ML	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\$4,82(26,78%) Fonte:IBPT

RESERVADO AO FISCO