

# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS  
CNPJ: 09.323.218/0001.51

## NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
007666/2017 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	CHPJ
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	01.12.17	15.12.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
2.150.000,00	98.324,2	38.948,00	59.376,24

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	VALOR REFERENTE HONORARIOS PRESTADOS NO MES 11/2017.	37.195,3400	37.195,34
2	1	1	VALOR REFERENTE ISS.	1.168,4400	1.168,44
3	1	1	VALOR REFERENTE IRRF.	584,2200	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
	 ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4	
FUNCIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

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

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TESOURARIA**

**RECIBO** 9727 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.

07 DE 12 DE 17

\_\_\_\_\_

**CREDOR**

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE	
Nº DA CONTA	
7000.9	

**MUNICÍPIO DE VERÊ**

Secretaria Municipal da Fazenda

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

**035**

Data e Hora da Emissão:

**05/12/2017 16:49:41**

Operador Emissor:

N. 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 Cálcl.	Alíq.	ISS
4.03	Valores referente a serviços médicos prestado no mes 11/2017	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 IMPOSTOS**PROCON <http://www.procon.pr.gov.br/>