



**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

		Nº DO EMPENHO/TIPO 007683/2017 Ordinario		RECURSO Orcamentario		
ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE			UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900		OUTROS SERVICOS DE TE 0878		COD. DESDOBR. 232		
CREDORES 3916 HELITON EDER ALVES MOREIRA E CIA LT			CHPJ 17.825.211/0001-66			
ENDEREÇO AV.GETULIO VARGAS 223 CENTRO		FONE		CIDADE VERE		
LICITAÇÃO Concorrenciacia		NÚMERO 6	CONVÊNIO	CONTRATO 2166	EMISSÃO 04.12.17	
		VENCIMENTO 15.12.17				
VALOR ORÇADO 2.150.000,00		SALDO ANTERIOR 59.376,2		VALOR DO EMPENHO 13.990,00		
				SALDO ATUAL 45.386,24		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	VALOR REFERENTE HONORARIOS EM CLINICA GERAL REF MES 11		13.570,3000	13.570,30
2	1	1	VALOR REFERENTE ISS.		419,7000	419,70
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO		13.990,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO		13.990,00

EMITIDO  FUNCIIONARIO	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 9841 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. 08 DE 12 DE 17 CREDOR
BANCO Nº CHEQUE _____ Nº DA CONTA 7000.9	ANOTAÇÕES

**MUNICÍPIO DE VERÊ**

Secretaria Municipal da Fazenda

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

www.esnfs.com.br

Número da Nota:

009

Data e Hora da Emissão:

07/12/2017 08:52:46

Operador Emissor:

HELITON E. A.

PRESTADOR DE SERVIÇOSCPF/CNPJ: **17825211000166**I.E.: **ISENTO**I.M.: **8371**Telefone: **4635261416**Nome/Razão: **HELITON EDER ALVES MOREIRA & CIA LTDA - ME**Endereço: **AV GETULIO VARGAS, 223 - CENTRO - 85585000**Município: **Verê**UF: **PR**e-Mail: **cpceescritorio@hotmail.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

4.01 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CLINICA GERAL.

Val.Serviço	Dedução	Base Cálc.	Aliq.	ISS
13.990,00	0,00	13.990,00	3,00	419,70

Total Serviços (R\$) **13.990,00**Total ISS (R\$) **419,70**

Retenções (R\$)

COFINS

ISS (3,00)

PIS

IRRF

CSLL

INSS

0,00

419,70

0,00

0,00

0,00

0,00

Total Líquido (R\$) **13.570,30****OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 078/2016

A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado em outro município (Itapejara d'Oeste).

O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador do Serviço.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOSPROCON <http://www.procon.pr.gov.br/>

Equiplano - NFS-e 500.2003w

Código de autenticidade: F61BC97F.4837CAA0.BAF03D74.E38A4F75

