



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
007684/2017 Ordinario	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	
3916 HELITON EDER ALVES MOREIRA E CIA LT	17.825.211/0001-66	

ENDEREÇO	FONE	CIDADE
AV.GETULIO VARGAS 223 CENTRO		VERE

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Concorrenciacia	6		2145	04.12.17	15.12.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
2.150.000,00	45.386,2	7.920,00	37.466,24

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS DE PLANTOES REALIZADOS NO 11/2017.	7.682,4000	7.682,40
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	237,6000	237,60

FUNTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	7.920,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE	TOTAL BRUTO
Manutencao do Fundo Municipal de Saude	7.920,00

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	 ANA MARIA CORTUNG PR-072160/0-4	
FUNCIIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

ORDEN DE PAGAMENTO

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

DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 9842 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	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:

008

Data e Hora da Emissão:

07/12/2017 08:51:19

Operador Emissor:

HELITON E. A.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/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	Val.Serviço	Dedução	Base Cál.	Aliq.	ISS
4.01	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÃO MEDICO.	7.920,00	0,00	7.920,00	3,00	237,60

Total Serviços (R\$) **7.920,00**

Total ISS (R\$) **237,60**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	237,60	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Líquido (R\$) **7.682,40**

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 IMPOSTOS

PROCON <http://www.procon.pr.gov.br/>

Equiplano - NFS-e 500.2003w

Código de autenticidade: 7C069FE1.B45F1340.BD64EF67.6C068001

