

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO	RECURSO
008008/2017 Ordinario	Orcamentario

ORGÃO	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 3916 HELITON EDER ALVES MOREIRA E CIA LT CNPJ 17.825.211/0001-66

ENDEREÇO AV.GETULIO VARGAS 223 CENTRO FONE CIDADE VERE

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO	VENCIMENTO
Concorrenciacia	6		2145	20.12.17	27.12.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
2.350.000,00	132.372,4	7.920,00	124.452,41

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS EM PLANTOES REALIZADOS NO M 12/2017.	7.682,4000	7.682,40
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	237,6000	237,60

FONTE 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/O-4	
FUNCIONARIO	CONTADORA	SECRETÁRIO

ORDEN DE PAGAMENTO	RECIBO 10232R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.	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.
DE _____ DE _____	22 DE 12 DE 17
TESOURARIA	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:
010
Data e Hora da Emissão:
20/12/2017 16:43:11
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 SERVIÇO DE PLANTÃO MÉDICO	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	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 no município.
O ISS desta NFS-e será RETIDO pelo Tomador do Serviço.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

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

