





FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 008009/2017 Ordinário		RECURSO Orcamentario			
ORGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE		UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE		Nº CONTA 232	COD. DESDOBR. 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 Concorrencencia	NÚMERO 6	CONVÊNIO	CONTRATO 2166		
		EMIÇÃO 20.12.17	VENCIMENTO 20.12.17		
VALOR ORÇADO 2.350.000,00	SALDO ANTERIOR 124.452,4	VALOR DO EMPENHO 7.800,00	SALDO ATUAL 116.652,41		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS EM CLINICO GERAL REF MES 12	7.566,0000	7.566,00
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	234,0000	234,00
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	7.800,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	7.800,00

EMITIDO  FUNCIONARIO	VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 CONTADORA	AUTORIZO A DESPESA SECRETÁRIO
---	--	--

<p style="text-align: center;">ORDEM DE PAGAMENTO</p> <p>PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.</p> <p>_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">TESOURARIA</p>	<p style="text-align: center;">RECIBO 10233R\$</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">22 DE 12 DE 17</p> <p style="text-align: center;">_____ CREDOR</p>
<p>BANCO</p> <p>Nº CHEQUE</p> <p>Nº DA CONTA 7000.9</p>	<p>ANOTAÇÕES</p>



MUNICÍPIO DE VERÊ
Secretaria Municipal da Fazenda
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
www.esnfs.com.br

Número da Nota:
011
Data e Hora da Emissão:
20/12/2017 16:47:34
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.	Alíq.	ISS
4.01	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO DA CLINICA MEDICA	7.800,00	0,00	7.800,00	3,00	234,00

Total Serviços (R\$) **7.800,00**

Total ISS (R\$) **234,00**

Retenções (R\$)	COFINS	ISS (3,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	234,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Líquido (R\$)	7.566,00					

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/>

