**MUNICIPIO DE ITAPEJARA D'OESTE - PR**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

C.N.P.J.: 76.995.430/0001-52

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 000166/2018 Ordinário	RECURSO Orcamentario
----------------------------------------------------	--------------------------------

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAUDE	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOTAÇÃO 103010021.2.024.339039509900 OUTROS SERVICOS DE TE	Nº CONTA 256
	COD. DESDOBR. 1009

CREDOR 2706 DIAS CLINICA INFANTIL S/S - ME. **CNPJ** 10.589.953/0001-90

ENDEREÇO AV BRASIL, SALA 1201 450 CENTR	FONE 46 3220 2877	CIDADE PATO BRANCO
---------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------



LICITAÇÃO Concorrencia	NÚMERO 4	CONVÊNIO	CONTRATO 2095	EMIÇÃO 16.01.18	VENCIMENTO 16.01.18
----------------------------------	--------------------	-----------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------

VALOR ORÇADO 2.000.000,00	SALDO ANTERIOR 1.975.259,86	VALOR DO EMPENHO 4.000,00	SALDO ATUAL 1.971.259,86
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VALOR REFERENTE HONORARIOS MEDICOS PRESTADOS EM PEDIATRIA, REF MES 01/2018.	3.820,0000	3.820,00
2	1		VALOR REFERENTE ISS.	120,0000	120,00
3	1		VALOR REFERENTE IRRF.	60,0000	60,00

FONTE DE RECURSO 303 Saude - 15% Sobre Receita de Impostos	TOTAL LÍQUIDO 4.000,00
----------------------------------------------------------------------	-------------------------------


NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude	TOTAL BRUTO 4.000,00
----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------


EMITIDO  FUNCIONARIO	VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 CONTADORA	AUTORIZO A DESPESA AGILBERTO LUCINDO PERIN PREFEITO MUNICIPAL
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

ORDEM DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. _____ DE _____ DE _____ TESOURARIA	RECIBO 98 R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 33 DE 03 DE 18 CREDOR
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BANCO Nº CHEQUE _____	Nº DA CONTA 7000.9	ANOTAÇÕES
---------------------------------	---------------------------	------------------

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

DIAS CLINICA INFANTIL S/S - ME AV BRASIL, 450 - SALA 1201 CEP: 85501-071 - Bairro: CENTRO DA CIDADE Município: Pato Branco - PR E-mail: diasclinicainfantil@gmail.com Fone: 32202877 CNPJ / CPF Inscrição Estadual Inscrição Municipal 10.589.953/0001-90 ***** 265637		Número da NFS-e 201800000000204	
		Data do Serviço 29/01/2018	Código Verificador 5fd18085

 PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRANCO/PR Secretaria de Administração e Finanças Fone: 3220-1544 - http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse	Dt. de Emissão 29/01/2018	Natureza da Operação Tributação no município	Tributado no Município Pato Branco/PR
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social Fundo municipal de saúde				Pato Branco/PR			
Endereço Abilon Souza Naves, 1275							
Cidade Itapejara D'Oeste	UF PR	Fone 46 35268300	CEP 85580-000				
Bairro centro							
CNPJ / CPF 09.323.218/0001-51	Inscrição Municipal *****	Inscrição Estadual *****					
E-mail ademirlucini@hotmail.com							


INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO		
Nome / Razão Social *****	CNPJ / CPF *****	Inscrição Municipal *****
E-mail *****		Fone *****

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
SERVIÇOS MEDICO-PRESTADO-PEDIATRIA- Concorrência 004/2017. IR Retido: R\$ 60,00. <i>3 x ISS = 120</i>	4.000,00	2,0000	0,00	Não

Código do Serviço 04.01 - Medicina e biomedicina.							
CIDE *****	COFINS *****	COFINS Importação *****	ICMS *****	IOF *****	IPI *****	PIS/PASEP *****	PIS/PASEP Importação *****
Base Cálculo ISSQN Próprio 4.000,00	Valor do ISSQN Próprio 0,00	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 0,00	Valor Dedução/Descontos 0,00		
Valor Total da NFS-e 4.000,00			Valor Líquido da NFS-e 3.940,00				

Informações Adicionais

Reg. Especial: Estimativa.
 Lei 12741/2012: Mun: R\$ 0,00; Est: R\$ 0,00; Fed: R\$ 0,00;
 Total: R\$ 0,00.



Consulta realizada em 29/01/2018 às 16:38:30.

Para consultar a autenticidade acesse: <http://nfse.patobranco.pr.gov.br/nfse>



2018000000002045fd1808510589953000190