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	RECURSO
004597/2020 Ordinário	Orçamentário

ÓRGÃO: 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOTAÇÃO: 103010021.2.024.339039509900 OUTROS SERVIÇOS DE TE
Nº CONTA: 2054
COD. DESDOBR.: 2108
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	EMISSÃO	VENCIMENTO
Concorrência	6		2145	29.09.20	29.09.20

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
139.000,00	126.330,07	21.910,00	104.420,07

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1		1	VALOR REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE PLANTÕES E CLÍNICA GERAL, REALIZADOS NO MÊS SETEMBRO/2020.	21.252,7000	1.252,7000
2		1	VALOR REFERENTE ISS.	657,3000	657,3000

FONTE DE RECURSO: 1024 COVID 19 - LC 173/2020 Auxilio Financeir
TOTAL LÍQUIDO: 21.910,00
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE: Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
TOTAL BRUTO: 21.910,0000

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
	ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4	ODAIR CHUTA
FUNCIONARIO	CONTADORA	SECRETARIO DE SAUDE

ORDEM DE PAGAMENTO

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

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 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.

_____ DE _____ DE _____

CREDOR

BANCO
Nº CHEQUE Nº DA CONTA

ANOTAÇÕES

MUNICÍPIO DE VERÊ

Secretaria Municipal da Fazenda

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

www.esnfs.com.br

Número da Nota: **055**

Data e Hora da Emissão: **29/09/2020 14:09:58**

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: **76896976000156** I.E.: I.M.:

Nome/Razão: **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEJARA D'OESTE**

Endereço: **R Rui Barbosa, S/N, , SN - Centro - 85580000**

Município: **Itapejara d'Oeste** UF: **PR** e-Mail:

Cód.	Discriminação	Val.Serviço	Dedução	Base Cálc.	Alíq.	ISS
4.01	SERVIÇO DE PLANTAO MÉDICO	7.920,00	0,00	7.920,00	3,00	237,60
4.01	SERVIÇO DE CLINICO GERAL	13.990,00	0,00	13.990,00	3,00	419,70

Total Serviços (R$)	**21.910,00**					
Total ISS (R$)	**657,30**					
Retenções (R$)	COFINS	ISS (0,00)	PIS	IRRF	CSLL	INSS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Líquido (R$)	**21.910,00**					

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

A tributação desta NFS-e está definida como: Tributado no município.

DISCRIMINAÇÃO DE IMPOSTOS

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

Autenticidade: 48D7A4D9.1278E83C.7CF09F12.1D5EE0A9 (verificada em 29/09/2020 às 14:09:59) Equiplano - NFS-e 500.2005t