



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

NOTA DE EMPENHO
1ª VIA

Número do Empenho 005582.2016	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Credor 00505 JOSIMAR COSTACURTA
 Endereço RUA CASTELO BRANCO 1675 CENTRO
 CNPJ / CPF 00.521.361/0001-83 Fone 3636-1223 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 20.10.16 Vencimento 19.11.16

Valor Orçado 71.795,70 Saldo Anterior 24.477,48 Valor do Empenho 730,00 Saldo Atual 23.747,48

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A PLANFLETOS, BLOCOS DE RECEITUARIO MEDICO E FICHAS DE AVALIACAO DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO, CONFORME SOLICITACAO	730,00	730,00

LIQUIDADO

Banco Credor 748 726 33663-9 VALOR LIQUIDO 730,00

Declaramos que os Serviços Foram Prestados Materiais Foram Entregues Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Assinatura: *[Signature]* nome: _____

Data: ___/___/___ cargo: _____

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).
 Data: ___/___/___
 Ordenador da Despesa: *[Signature]*

Luciana Ap.ª da Silva
 CPF. 033.451.789-08
 Encarregado do Serviço

[Signature]
 CONTADOR(A)
 Juliana Lombardi de Oliveira
 Contadora

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setecentos e trinta reais *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor Data: ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:

SECRETARIA DE SAÚDE


Divisão:

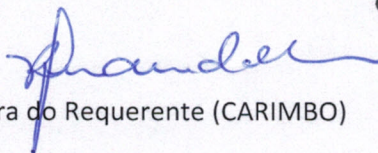
HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

DISPENSA DE LICITAÇÃO POR VALOR
ART Nº 24 INCISO II DA LEI Nº 8666/93

SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA ATENDIMENTO MÉDICO E
AVALIAÇÃO DE PACIENTES NO HOSPITAL.


Claudete B. de A. Oliveira
Chefe de Divisão
Serviços Hospitalares
Hospital Mun. Dr. Raul Sérgio Bittencou


Assinatura do Requerente (CARIMBO)