



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	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
005574.2016	00000	Ordinario	Comum

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	00273
Conta	01735

Credor 01703 CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP
 Endereço RUA PICA-PAU 1.211 CENTRO
 CNPJ/CPF 01.328.535/0001-59

Fone (43) 3275-3105 Cidade ARAPONGAS

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.10.16	18.11.16

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
132.000,00	6.863,08	399,55	6.463,53

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE MEDICAMENTOS DE EXTREMA URGENCIA, OS MESMOS FORAM SOLICITADOS PELA FISCALIZACAO DA RESOLUCAO N°165/2016, CONFORME SOLICITACAO.	399,55	399,55
LIQUIDADO				

Banco Credor 1 359-X 28852-7 **VALOR LIQUIDO** 399,55

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: <i>Guandalin</i> nome: _____ Data: ____/____/____ Cargo: ROSÂNGELA GUANDALIN <small>Serviço Municipal de Saúde</small>	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ____/____/____ <i>Guandalin</i> Ordenador da Despesa ROSÂNGELA GUANDALIN <small>Serviço Municipal de Saúde</small>	<i>Luciana P. da Silva</i> CPF: 031.434.789-08 Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A)
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e noventa e nove reais e *** cinquenta e cinco centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.



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 005574.2016	Recurso 00000	Tipo do Empenho Anulacao	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	-----------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade 02 Fundo Municipal de Saude

Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO

Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR

Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta 00273
Conta 01735

Credor 01703 CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP

Endereço RUA PICA-PAU 1.211 CENTRO

CNPJ/CPF 01.328.535/0001-59

Fone (43) 3275-3105

Cidade ARAPONGAS

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 19.12.16	Vencimento 18.11.16
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 132.000,00	Saldo Anterior 4.477,28	Valor do Empenho 15,10	Saldo Atual 4.492,38
----------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	DESPESA NAO SERA REALIZADA, CONFORME SOLICITACAO DE ANULACAO.	15,10	15,10

Banco Credor 1 359-X 28852-7	VALOR LIQUIDO	15,10
---------------------------------	----------------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: <i>[Assinatura]</i> nome: SANGELA GUANDALIN Data: ___/___/___ cargo: <i>[Cargo]</i>	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(s). Data: ___/___/___ <i>[Assinatura]</i> SANGELA GUANDALIN Secretária Municipal de Saúde	Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A)
---	---	--

RECIBO

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

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



HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA DRºRAUL SERGIO
BITTENCURT



Perola, 14 de dezembro de 2016.

JUSTIFICATIVA

VENHO ATRAVÉS DESTE COMUNICAR, QUE HAJA O CANCELAMENTO DO VALOR DE QUINZE REAIS E DEZ CENTAVOS (15,10), DA REQUISIÇÃO DE Nº 461/2016, QUE A EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO CLASSMED REALIZOU A ENTREGA EM MENOR QUANTIDADE DE MATERIAIS DO QUE O SOLICITADO, POR ESTE MOTIVO PEDE O CANCELAMENTO DE VALORES.


ROSÂNGELA GUANDALIN

SECRETÁRIA DE SAÚDE



CLAUDETE B. DE A. OLIVEIRA

CHEFE DE DIVISÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES