



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 004833.2016	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390304400 MATERIAL DE SINALIZACAO VISUAL E AFINS
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

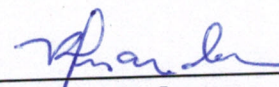
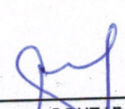
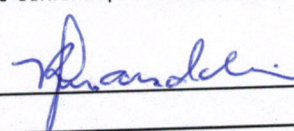
Conta	00273
Conta	02013

Credor 00663 REDUCOPIA-COPIADORA LTDA
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4158 ZONA I
 CNPJ/CPF 02.118.251/0001-09 Fone (44) 3622-5959 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.08.16	Vencimento 29.09.16
Valor Orçado 132.000,00	Saldo Anterior 26.302,47	Valor do Empenho 46,50	Saldo Atual 26.255,97		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISICAO DE CRACHAS PARA IDENTIFICACAO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITACAO.	46,50	46,50
LIQUIDADO				

Banco Credor 341 2910 14884-6 **VALOR LIQUIDO** 46,50

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  CONTADORAS Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR - 06490710-6
assinatura:  nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quarenta e seis reais e cinquenta **** 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	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
004834.2016	00000	Ordinario	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 3390399999 DEMAIS SERVICOS DE TERCEIROS, PESSOA J
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Credor 00663 REDUCOPIA-COPIADORA LTDA
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4158 ZONA I
 CNPJ/CPF 02.118.251/0001-09 Fone (44) 3622-5959 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
 30.08.16 29.09.16

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
131.795,70	8.983,55	15,40	8.968,15

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTACAO DE SERVICIO NA CONFECCAO DE ADESIVOS 7X3, QUE SERAO UTILIZADOS NA IDENTIFICACAO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITACAO.	15,40	15,40
LIQUIDADO				
Banco Credor 341 2910 14884-6			VALOR LIQUIDO	15,40

Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

assinatura:
nome:

[Handwritten Signature]

Data: ___/___/___ cargo:

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).

Data: ___/___/___

[Handwritten Signature]
Ordenador da Despesa

Encarregado do Serviço

[Handwritten Signature]
Juliana Lombardi
Contadora

CRC PR - 06490710-6

RECIBO

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

Data: ___/___/___ Credor: _____

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 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:
Divisão:

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA IDENTIFICAÇÃO
DO HOSPITAL MUNICIPAL EM SUA
REINAUGURAÇÃO, ONDE POR DETERMINAÇÃO
DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DEVERIA, PARA
LIBERAÇÃO AS INDICAÇÕES NECESSÁRIAS .

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Claudete B. de A. Oliveira
Chefe de Divisão
Serviços Hospitalares
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt