



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
006501.2017	00303	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 Conta 00263
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO Conta 01289
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03828 E GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675
 CNPJ/CPF 27.427.951/0001-06 Fone Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				22.11.17	03.01.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
120.000,00	1.806,49	600,00	1.206,49

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISICAO DE BLOCOS DE DIAGNOSTICO, RECEITUARIO E DE PRESCRICAO PARA SEREM UTILIZADOS PELO DO HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, CONFORME SOLICITACAO	600,00	600,00

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	2173-3	VALOR LIQUIDO	600,00
--------------	-----	-----	--------	---------------	--------

<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 Encarregado do Serviço
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (seiscentos 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: SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: MATERIAL SOLICITADO PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, QUE OS MÉDICOS REALIZAM AS PRESCRIÇÕES PARA OS PACIENTES.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)