



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
005545.2017	00495	Ordinario	Comum

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390398300 SERVICOS DE COPIAS E REPRODUCAO DE DOC
 Fonte de Recursos 00495 ATENCAO BASICA

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.10.17	02.11.17
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho		Saldo Atua	
306.240,00	3.162,63	138,00		3.024,63	

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVICOS DE IMPRESSAO COLORIDA, PARA AS UNIDADES DE SAUDE E SECRETARIA, CONFORME SOLICITACAO.	138,00	138,00
LIQUIDADO				
Banco Credor			VALOR LIQUIDO	
341 2910 14884-6				138,00

Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebido

assinatura: Rosângela Guandalin
 nome: _____
 Data: ___/___/___ cargo: _____

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).
 Data: ___/___/___

Rosângela Guandalin
 Secret. Mun. de Saúde de Pérola
 Portaria n.º 028/2013
 RG 3.206.299-7

Ordernador da Despesa

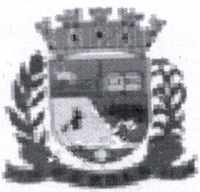
Encarregado do Serviço

Juliana Lombardi de Oliveira
 Contadora
 CRC PR 06490710-8

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e trinta e oito reais) 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
005544.2017	00495	Ordinario	Comum

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390304400 MATERIAL DE SINALIZACAO VISUAL E AFINS
 Fonte de Recursos 00495 ATENCAO BASICA

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.10.17	01.12.17
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atua		
250.000,00	117.372,43	165,00	117.207,43		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISICAO DE 11 CRACHAS QUE SERAO UTILIZADOS PELA SECRETARIA DE SAUDE, CONFORME SOLICITACAO.	165,00	165,00
LIQUIDADO				
Banco Credor			VALOR LIQUIDO	165,00
341 2910 14884-6				

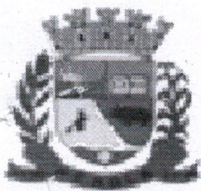
<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço CONTADOR(A)
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

Juliana Lombardi de Oliveira

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e sessenta e cinco 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 - 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 005543.2017	Recurso 00495	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00495 ATENCAO BASICA

Conta	00231
Conta	01588

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

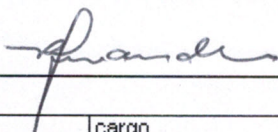
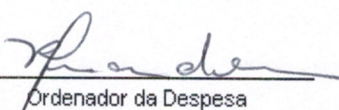
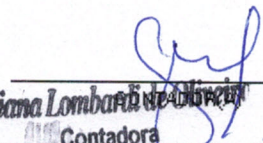
Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 03.10.17	Vencimento 08.12.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 250.000,00	Saldo Anterior 117.678,43	Valor do Empenho 306,00	Saldo Atua 117.372,43
----------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISICAO DE ADESIVOS PARA SEREM UTILIZADOS PELA SECRETARIA DE SAUDE, CONFORME SOLICITACAO.	306,00	306,00

LIQUIDADO

Banco Credor	341	2910	14884-6	VALOR LIQUIDO	306,00
--------------	-----	------	---------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura :  nome : _____ Data ____/____/____ cargo _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR - 06490710-8
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e seis 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, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: UBS

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Serviço de Baixo Valor, cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II

Assinatura do Requerente (CARIMBO)