



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 004266.2017	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390395099 DE MAIS DESP. COM SERV. MEDICO - HOSP.,
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03882 CLINICA VITTA ESPECIALIDADES E SAUDE LTDA
 Endereço
 CNPJ/CPF 08.199.610/0001-78

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 07.08.17	Vencimento 06.09.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 280.919,15	Saldo Anterior 32.441,82	Valor do Empenho 1.440,00	Saldo Atual 31.001,82
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SESCOES DE NEUROPSICOLOGIA, INDICADO PARA TRATAMENTO DO MENOR, DE ACORDO CO O OFICIO No 406/201 DO JUIZO DE DIREITO DA COMARCA DE PEROLA, CONFORME SOLICITACAO.	1.440,00	1.440,00
LIQUIDADO				

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	1.440,00
--------------	---------------	----------

<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 ____/____/____	Encarregado do Serviço _____ _____ _____
assinatura: nome: Rosângela Guandalin Data ____/____/____	Rosângela Guandalin Ordenador de Despesa Secret. Mun. de Saúde de Pérola Portaria n.º 028/2013 RG 3.206.299-7	Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR. 054444-6

RECIBO

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

Data ____/____/____	Representada pelo Cheque n° _____ 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 004266.2017	Recurso 00303	Tipo do Empenho Anulacao	Categoria de Empenho 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 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MEDICO - HOSP.,
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03882 CLINICA VITTA ESPECIALIDADES E SAUDE LTDA
 Endereço R MINAS GERAIS 599 ALVORADA
 CNPJ/CPF 08.199.610/0001-78

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 22.09.17	Vencimento 06.09.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 264.919,15	Saldo Anterior 8.750,90	Valor do Empenho 240,00	Saldo Atual 8.990,90
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	O VALOR DA NOTA VEIO MENOR QUE O VALOR SOLICITADO CONFORME SOLICITACAO DE ANULACAO.	240,00	240,00

Banco Credor **VALOR LIQUIDO** 240,00

<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 _____ CONTADOR(A)
assinatura : nome : _____ Data ____/____/____ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e quarenta 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

CNPJ: 81.478.133/0001-70

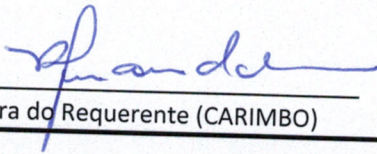
Avenida Pérola Byington, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão: Hospital Municipal

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Dispensa de Licitação por Valor, cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II e IV


Assinatura do Requerente (CARIMBO)