



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
004728.2017	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 3390391600 MANUTENCAO E CONSERVACAO DE BENS IMOVE,
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Credor 02466 J.A. DE ANDRADE - VIDRACARIA - ME
 Endereço PC OMERI BORGES 120 CENTRO
 CNPJ/CPF 13.474.251/0001-50 Fone (44) 3636-1015 Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				29.08.17	28.09.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atua
206.600,00	123.054,16	1.815,00	121.239,16

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE MATERIAI PARA SEREM UTILIZADOS NA INSTALACAO DE PORTA E INSTALACAO DE GUICHE NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITACAO.	1.815,00	1.815,00

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	20068-9	VALOR LIQUIDO	1.815,00
--------------	-----	-----	---------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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) Juliano Lombardi de Oliveira CRC PR - 06498710-6
assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil oitocentos e quinze 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

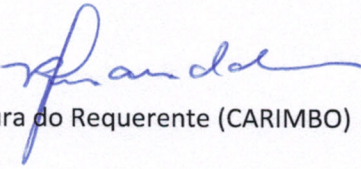


Secretaria:

Divisão:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO, PARA INSTALAÇÃO DE PORTA PARA ENTRADA DE FUNCIONÁRIOS
E INSTALAÇÃO DE GUICHÊ NA RECEPÇÃO PARA PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE FUNCIONÁRIOS DO
HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS QUE SE PROPAGAM PELO AR.
PELO AR


Assinatura do Requerente (CARIMBO)

