



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
003716.2017	00303	Ordinario	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 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00254
Conta	00455

Credor 00903 LARISMED - INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS MEDIC
 Endereço R ARAPACU DE BICO RETO 62 PARQUE DAS OFI
 CNPJ/CPF 03.860.740/0001-96 Fone (043)252-9740 Cidade ARAPONGAS

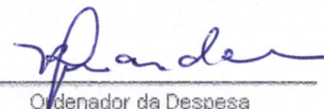

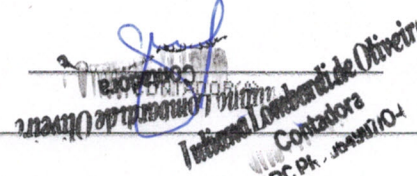
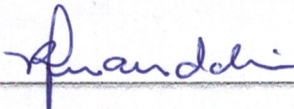
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				12.07.17	11.08.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atua
130.000,00	20.823,15	1.140,00	19.683,15

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE INDICADORES BIOLOGICOS COM 50 UNIDADES/AUTO CLAVE, CONFORME SOLICITACAO.	1.140,00	1.140,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	359-X	16223-X	VALOR LIQUIDO	1.140,00
--------------	---	-------	---------	---------------	----------

<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(s). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  
assinatura:  nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____		

RECIBO

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

MATERIAL SOLICITADO PARA USO DE AVALIAÇÃO DA AUTO CLAVE POIS SEM O MESMO TEM QUE FECHAR, DEVIDO PESQUISA CONTAMIAÇÃO.

Claudia M. de A. Oliveira
Chefe de Divisão
Serviços Hospitalares
Hospital Mun. Dr. Raul Sérgio Bioncini

[Handwritten Signature]

Assinatura do Requerente (CARIMBO)