



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
004138.2017	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
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO
 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				31.07.17	30.08.17
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual		
100.000,00	24.537,90	700,00	23.837,90		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE IMPRESSO DE USO INTERNO PARA O HOSPITAL, CONFORME SOLICITACAO.	700,00	700,00

LIQUIDADO

Banco Credor 237 613 2173-3 **VALOR LIQUIDO** 700,00

<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 _____ CONTADOR(A) Juliano Imbardi de Oliveira CRC PR
assinatura: nome: Rosângela Guandalin Data ____/____/____ Secret. Mun. de Saúde de Pérola Portaria n.º 028/2013 RG 3.206.299-7	Ordenador da Despesa Rosângela Guandalin Secret. Mun. de Saúde de Pérola Portaria n.º 028/2013 RG 3.206.299-7	

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setecentos 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

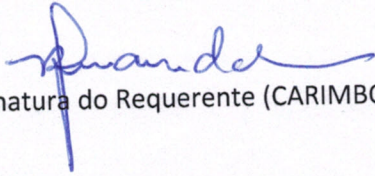
Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:
Divisão:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA RECEITUÁRIOS DE USO MÉDICOS E FICHAS EMPLASTIFICADAS
PARA USO INTERNO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, PARA QUE POSSAMOS
IMPLANTAR O PROTOCOLO DE MANGESTER.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)

