

**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
003594.2017	00000	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 3390300900 MATERIAL FARMACOLOGICO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	00253
Conta	01800

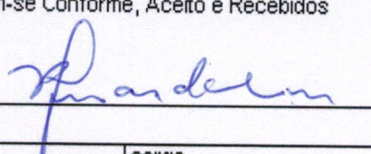
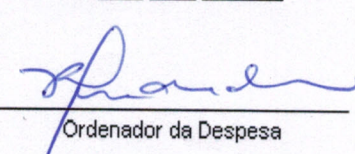
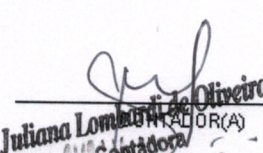
Credor 02003 POLLO HOSPITALAR LTDA - ME
 Endereço AV LUIZ TEIXEIRA MENDES 1198 ZONA IV
 CNPJ / CPF 09.204.127/0001-05

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.06.17	30.07.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
50.000,00	4.963,43	2.483,20	2.480,23

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE MEDICAMENTO FARMACOLOGICO, CONFORME SOLICITACAO.	2.483,20	2.483,20
LIQUIDADO				

Banco Credor	1	645-9	30176-0	VALOR LIQUIDO	2.483,20
--------------	---	-------	---------	----------------------	----------

<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 - 06490710-6
---	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil quatrocentos e oitenta e **** tres reais e vinte centavos*****) 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 003593.2017	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 01 Departamento de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	00213
Conta	01579

Credor 02003 POLLO HOSPITALAR LTDA - ME
 Endereço AV LUIZ TEIXEIRA MENDES 1198 ZONA IV
 CNPJ / CPF 09.204.127/0001-05

Fone _____ Cidade MARINGA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.06.17	Vencimento 30.07.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 172.030,00	Saldo Anterior 53.045,78	Valor do Empenho 3.488,50	Saldo Atual 49.557,28
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE MATERIAL HOSPITALAR, CONFORME SOLICITACAO.	3.488,50	3.488,50
LIQUIDADO				

Banco Credor	1	645-9	30176-0	VALOR LIQUIDO	3.488,50
--------------	---	-------	---------	----------------------	----------

Declaramos que os <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 _____ _____ CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRE PR 06490710-8
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (tres mil quatrocentos e oitenta e oito reais e cinquenta centavos *****) 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

SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA O HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, DE USO INTERNO

Assinatura do Requerente (CARIMBO)