



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 002565.2017	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 01 Departamento de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.32.00.00 MATERIAL, BEM OU SERVICO PA
 Desdobramento 3390329905 PASSAGENS E DESPESA COM LOCOMOCAO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Credor 00014 EXPRESSO MARINGA LTDA
 Endereço AV MONTEIRO LOBATO 473 ZONA 08
 CNPJ/CPF 79.111.779/0001-72

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 09.05.17	Vencimento 22.06.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 5.000,00	Saldo Anterior 4.538,22	Valor do Empenho 109,90	Saldo Atual 4.428,32
--------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE PASSAGEN DE IDA E VOLTA DE PEROLA A MARING COM A FINALIDADE DE TRATAMENTO NO HOSPITAL DE MARINGA, CONFORME SOLICITACAO.	109,90	109,90

LIQUID ADC.

Banco Credor	1	2659-X	3181-X	VALOR LIQUIDO	109,90
--------------	---	--------	--------	----------------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: ROSÂNGELA GUANDALIN Data: ____/____/____ Secretária Municipal de Saúde	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ____/____/____ ROSÂNGELA GUANDALIN Secretária Municipal de Saúde	Encarregado do Serviço Juliana Espinosa de Oliveira Contadora CRC PR - 06490710-6
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e nove reais e noventa centavos *) 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, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:

Divisão:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

A PACIENTE FAZ TRATAMENTO NESSE HOSPITAL DEVIDO AO HISTORICO DE C A

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

ROSÂNGELA GUANDALIM
Secretária Municipal de Saúde