



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 002415.2017	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 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta 00213
 Conta 01754

Credor 00738 S. F. BARRADAS PIROTA - ME
 Endereço AV. PEROLA BYINGTON 970 CENTRO
 CNPJ / CPF 07.306.901/0001-55

Licitação Dispensa por Lim	Número	Fone (44) 3636-1848	Cidade PEROLA
Valor Orçado 212.030,00	Saldo Anterior 121.132,04	Valor do Empenho 14,00	Emissão 27.04.17
			Vencimento 27.05.17
			Saldo Atual 121.118,04

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A COPIA DE CHAVES, CONFORME SOLICITACAO.	14,00	14,00
LIQUIDADO				
Banco Credor			VALOR LIQUIDO	14,00
726 726 33261-5				

Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Assinatura: *[Signature]*
 nome: FRANCISCA GUANDETTIN
 Data: ___/___/___ cargo: Secretaria Municipal de Saude

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).
 Data: ___/___/___

[Signature]
 Ordenador da Despesa
 Secret. Municipal de Saude

Encarregado do Serviço _____

CONTADOR(A) _____

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatorze 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: MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão: SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

DESPESA DE PEQUENO VALOR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE