



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
002036.2017	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 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENCAO DE BENS MOVEI
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00254
Conta	01658

Credor 02246 D C RIBEIRO - MATERIAIS DE CONSTRUCAO - ME
 Endereço AV. PEROLA BYINGTON 957 CENTRO
 CNPJ/CPF 11.917.841/0001-84

Fone	(44) 3636-2977	Cidade	PEROLA
------	----------------	--------	--------

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				06.04.17	06.05.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
100.000,00	370,06	79,80	290,26

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A REPARO DE VALVULA HIDRAMAX 11/4 E 11/02 (ORIGINAL), CONFORME SOLICITACAO.	79,80	79,80
LIQUIDADO				
Banco Credor			VALOR LIQUIDO	
748 726 54134-6				79,80

Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

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

Encarregado do Serviço

assinatura: _____
nome: _____

 Ordenador da Despesa
ROSÂNGELA GUANDALINI
 Secretária Municipal de Saúde

 Vanessa da Silva Monteiro
 CRC CONTADORIA-0
 CPF 058.511.179-07

Data ___/___/___
 cargo
ROSÂNGELA GUANDALINI
 Secretária Municipal de Saúde

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setenta e nove reais e oitenta ***** 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, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:
Divisão:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO REALIZADA POR MOTIVO ESTE QUE ESTAVA COM VAZAMENTO E ENCHENDO A FOSSA, QUE TEM NA CALÇADA DE FRENTE AO HOSPITAL, QUE ESTAVA TRANSBORDANDO COM ODOR MUITO FORTE E

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

ROSÂNGELA GUANDALINI
Secretaria Municipal de Saúde

