



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 002410.2017	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho 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 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Credor 03828 E GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675
 CNPJ / CPF 27.427.951/0001-06 Fone Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 27.04.17	Vencimento 27.05.17
Valor Orçado 260.000,00	Saldo Anterior 173.329,00	Valor do Empenho 180,00	Saldo Atual 173.149,00		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE TRINTA BLOCOS DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA, CONFORME SOLICITACAO.	180,00	180,00
LIQUIDADO				

Banco Credor VALOR LIQUIDO 180,00

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa ROSÂNGELA GUANDALIM Secretária Municipal de Saúde	Encarregado do Serviço Vanessa da Silva Monteiro CONTADOR(A) CRC 058.511.179-07
assinatura: nome: Data ____/____/____		

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e oitenta 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

SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA BLOCOS DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PARA SER UTILIZADO NO

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

OSBANGELA GUANDALINI
Secretária Municipal de Saúde