



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 000707.2017	Recurso 00303	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 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00505 JOSIMAR COSTACURTA
 Endereço RUA CASTELO BRANCO 1675 CENTRO
 CNPJ/CPF 00.521.361/0001-83 Fone 3636-1223 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 01.02.17	Vencimento 03.03.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 100.000,00	Saldo Anterior 80.924,60	Valor do Empenho 460,00	Saldo Atual 80.464,60
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE BLOCOS D RECEITUARIOS E DE JUSTIFICATIVAS, CONFORME SOLICITACAO. LIQUIDADO	460,00	460,00

Fernando Luiz dos Anjos
 Secretário Mun. de Fazenda
 Portaria 004/2013
 RG 833.561-1 SSP/PR

Banco Credor	748	726	33663-9	VALOR LIQUIDO	460,00
--------------	-----	-----	---------	----------------------	--------

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: <i>[Signature]</i> nome: _____ Data: ___/___/___ cargo: ROSÂNSELA GUANDALIN Secretário Municipal de Saúde	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ___/___/___ <i>[Signature]</i> Ordenador de Despesa ROSÂNSELA GUANDALIN Secretária Municipal de Saúde	Encarregado do Serviço _____ <i>[Signature]</i> Juliana Lourenço de Oliveira Contador(a) CRC PR - 06499710-6
--	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos e sessenta reais*****) 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:

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

DISPENSA DE LICITAÇÃO POR VALOR
ART Nº 24 INCISO II DA LEI Nº 8666/93

SOLICITAÇÃO REALIZADA DE JUSTIFICATIVAS DE
ANTIMICROBIANOS E RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL DO
ATENDIMENTO NO HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTECOURT
PARA ATENDER NECESIDADES DOS PACIENTES.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)