



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
007742.2018	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00304
 Desdobramento 3390392000 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS MÓVEI Conta 03024
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 03791 O. CORAL JUNIOR - SERVICOS
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 1280 CENTRO
 CNPJ/CPF 82.583.766/0001-00 Fone (44) 998170696 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.12.18	02.01.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
167.000,00	188.222,29	180,00	188.042,29

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA MANUTENÇÃO DE MICRO-ONDAS DA COZINHA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	180,00	180,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	1261	00001338-0	VALOR LIQUIDO	180,00
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR - 0649070-6
--	---	--

RECIBO

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: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MÃO DE OBRA PARA AR CONDICIONADO DA SALA DA CENTRAL DE
MATERIAIS ESTERELIZADOS DOS PRONTOS SOCORROS, RECEPÇÃO E SALA DA ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)