



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 |
| 007092.2018 | 00303 | 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 00305
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS Conta 01783
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04061 ANTONIO VICENTE DA SILVA 70632120959
 Endereço AVENIDA MARECHAL DEODORO 1315 CENTRO
 CNPJ / CPF 24.645.255/0001-70 Fone (44) 998937535 Cidade PEROLA

| | | | | | |
|------------------|----------------|------------------|-------------|----------|------------|
| Licitação | Número | Solicitação | Contrato | Emissão | Vencimento |
| Dispensa por Lim | | | | 09.11.18 | 09.12.18 |
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual | | |
| 107.000,00 | 47.865,34 | 800,00 | 47.065,34 | | |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 1 | REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS D MÃO DE OBRA PARA CONSERTO DE FOSS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA, CONFORME SOLICITAÇÃO. | 800,00 | 800,00 |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|------------|----------------------|--------|
| Banco Credor | 748 | 726 | 00025917-6 | VALOR LIQUIDO | 800,00 |
|--------------|-----|-----|------------|----------------------|--------|

| | | |
|--|---|---|
| <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 Leal Sordi de Oliveira Contadora CRC PR=06490710-6 |
|--|---|---|

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oitocentos reais***** e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ____/____/____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor Data: ____/____/____



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MÃO DE OBRA PARA CONSERTO DE FOSSA, QUE DESCEU A TERRA E ABAIXOU OS BLOQUETES DE FRENTE AO HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)