



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
007193.2018	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00233
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01765
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04041 FRANCISCO & KANTOR CLINICA MEDICA LTDA
 Endereço AV MANAUS 3320 ZONA I
 CNPJ/CPF 15.217.397/0001-45 Fone (44) 3038-2700 Cidade UMUARAMA

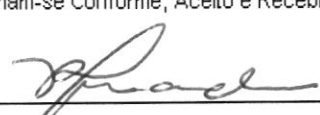

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.11.18	20.12.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
135.000,00	8.822,15	3.300,00	5.522,15

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SESSÃO DE OXIGENOTERAPI HIPERBÁRICA PARA TRATAMENTO NA PACIENTE MARIA SUELI VOLPE (6º ETAPA), CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.300,00	3.300,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	570	00002665-9	VALOR LIQUIDO	3.300,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	----------

<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 _____ CONTADOR(A)
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (três mil e trezentos 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: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: Secretaria

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Pedido do Ministério Público conforme ofício nº126/2018