



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
006518.2018	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 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS Conta 02036
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

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				19.10.18	18.11.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
167.000,00	82.707,39	170,00	82.537,39

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE CONTRATAÇÃO DE MÃO DE OBRA PARA REALIZAÇÃO DE CONSERTOS DE VASOS SANITÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL CONFORME SOLICITAÇÃO.	170,00	170,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00025917-6	VALOR LIQUIDO	170,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Encarregado do Serviço
assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____	 Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR - 06490710-6	

RECIBO

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

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SEERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA PARA A CONSERTO EM TORNEIRA
E VASOS SANITÁRIOS HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)