

**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
006385.2018	00495	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390304400 MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS  
 Fonte de Recursos 00495 ATENÇÃO BÁSICA

Credor 04113 R. J. BAU GOMES - ESTAMPARIA  
 Endereço AV RIO BRANCO CENTRO  
 CNPJ/CPF 29.225.175/0001-89 Fone 36361236 Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.10.18	07.11.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
100.000,00	93.443,57	198,00	93.245,57

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE ADESIVO COLORIDO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS PACIENTES, CONFORME SOLICITAÇÃO.	198,00	198,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor VALOR LIQUIDO 198,00

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lombardi de Oliveira Contador(a) SR(A) CRC PR - 064907/D-6
assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e noventa e oito 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

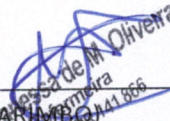


SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UBS MARLI SAILA E SILVANILDA.

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviço de pouco uso, Baixo Valor cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II

  
Assinatura do Requerente. (Carimbo)  
Maria Vitoria Fonseca  
ENFERMEIRA  
COREN PR 65475

  
Assinatura do Requerente. (Carimbo)  
Maria Vitoria Fonseca  
ENFERMEIRA  
COREN PR 65475

