



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
004234.2018	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
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVE
 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				04.07.18	03.08.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
167.000,00	100.737,33	400,00	100.337,33

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA RELATIVO A MANUTENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, CONFORME SOLICITAÇÃO	400,00	400,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	25917-6	VALOR LIQUIDO	400,00
--------------	-----	-----	---------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-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 Contadora CRC PR-064907/O-8
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos 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 SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITO PAGAMENTO DE MANUTENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)