



**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
004458.2018	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 Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 19.07.18 Vencimento 18.08.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
167.000,00	97.057,35	100,00	96.957,35

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO RELATIVO MANUTENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	100,00	100,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 748 726 25917-6 VALOR LIQUIDO 100,00

<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) Contadora CRC PR - 064907/O-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cem 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: MANUTENÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)