



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
004524.2018	00494	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 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 02378 M. P. F. DE FIGUEIREDO - ME
 Endereço RUA MARECHAL CANDIDO RONDON 3171 CANCEL
 CNPJ/CPF 13.314.434/0001-08 Fone Cidade CASCAVEL

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 24.07.18 Vencimento 23.08.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
0,00	117.650,00	250,00	117.400,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇOS PRESTADOS NA MANUTENÇÃO DO APARELHO DE AUTOCLAVE DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	250,00	250,00

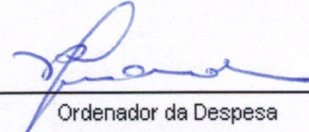
LIQUIDADO

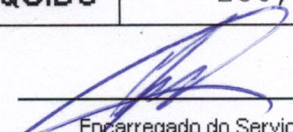
Banco Credor	1	3508-4	32582-1	VALOR LIQUIDO	250,00
--------------	---	--------	---------	---------------	--------

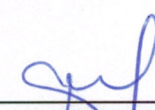
Declaramos que os Serviços Foram Prestados Materiais Foram Entregues Obra Executada

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)
 Juliana Lombardi de Oliveira
 Contadora
 CRC PR - 064907/O-6

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e cinquenta 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: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO MÃO DE OBRA E DESLOCAMENTO PARA MANUTENÇÃO DE APARELHOS DA AUTO CLAVE DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)