



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
004526.2018	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI
 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 CANCELL
 CNPJ / CPF 13.314.434/0001-08
 Fone _____ Cidade CASCAVEL

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				24.07.18	23.08.18
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho		Saldo Atua	
0,00	74.155,55	560,00		73.595,55	

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS QUE SERÃO UTILIZADAS NA MANUTENÇÃO DO APARELHO DE AUTOCLAVE DO HOSPITAL MUNICIPAL CONFORME SOLICITAÇÃO.	560,00	560,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3508-4	32582-1	VALOR LIQUIDO	560,00
--------------	---	--------	---------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Achem-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 CONTADORA CRC PR - 06490710-6
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quinhentos e sessenta reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____	Credor _____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
		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 DE APARELHOS DA AUTO CLAVE DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)