



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
004540.2018	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 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	02239
Conta	02506

Credor 02205 ELI M. DIAS - ME
 Endereço AV DOUTOR ANGELO MOREIRA DA FONSECA 2526
 CNPJ / CPF 00.269.742/0001-17
 Fone 4436397511 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				24.07.18	07.09.18
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho		Saldo Atua	
0,00	73.425,05	8.910,18		64.514,87	

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS QUE SERÃO UTILIZADAS NA REFORMA DA VA AZUL PLACA: 9404, DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL CONFORME SOLICITAÇÃO.	8.910,18	8.910,18
			<i>Amulada</i>	<i>1.782,03</i>

LIQUIDADO

Banco Credor 341 23-6 65338-2 **VALOR LIQUIDO** 7.128,15

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: <i>[assinatura]</i> nome: _____ Data: ___/___/___ cargo: _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ___/___/___ <i>[assinatura]</i> Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço <i>[assinatura]</i> CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
---	--	--

RECIBO

CRC PR - 064907/O-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oito mil novecentos e dez reais e *** dezoito centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor Data: ___/___/___



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
005014.2018	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 Conta 02238
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 02546
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 02205 ELI M. DIAS - ME
 Endereço AV DOUTOR ANGELO MOREIRA DA FONSECA 2526
 CNPJ/CPF 00.269.742/0001-17 Fone 4436397511 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.08.18	02.09.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
0,00	13.119,41	964,00	12.155,41

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVIÇO DE MANUTENÇÃO NA REFORMA DA VAN AZUL PLACA 9404 DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO. (EM SUBSTITUIÇÃO PARCIAL DO EMPENHO 4540/2018).	964,00	964,00

LIQUIDADO

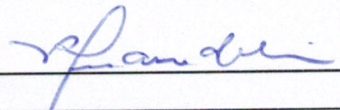
Banco Credor	341	23-6	65338-2	VALOR LIQUIDO	964,00
--------------	-----	------	---------	----------------------	--------

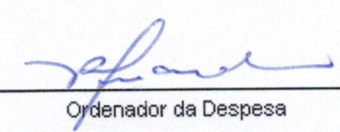
Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(s).

Data ___/___/___

Encarregado do Serviço

assinatura: 
nome: _____


Ordenador da Despesa


CONTADOR(A)

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora
CRC PR - 0619070-6

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (novecentos e sessenta e quatro 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: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PARA REFORMA DA VAN AZUL DE PLACA BAB-9404 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)