



**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 005044.2018	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04041 FRANCISCO & KANTOR CLINICA MEDICA LTDA  
 Endereço AV MANAUS 3320 ZONA I  
 CNPJ/CPF 15.217.397/0001-45 Fone (44) 3038-2700 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 07.08.18	Vencimento 06.09.18
Valor Orçado 135.000,00	Saldo Anterior 36.732,77	Valor do Empenho 3.300,00	Saldo Atual 33.432,77		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE DEZ SESSÕES DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA PARA TRATAMENTO DO PACIENTE ROBSON RAMOS DA SILVA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.300,00	3.300,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	104	570	002665-9	VALOR LIQUIDO	3.300,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Achem-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) <b>Juliana Lombardi de Oliveira</b> Contadora
--	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( três mil e trezentos reais \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.  
 CRC PR - 064907/O-5

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: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Secretaria

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Pedido do Ministério Público conforme ofício nº124/2018

*Referente ao paciente p/ Oxigenoterapia  
Robson Ramos da Silva.*

*Francisco*