



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
003572.2018	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.33.00.00 PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO
 Desdobramento 3390330100 PASSAGENS PARA O PAÍS
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 03271 RIBEIRO & QUESSA INTERMEDIACOES LTDA - ME
 Endereço RUA ARI BARROSO 516 CENTRO
 CNPJ/CPF 21.506.646/0001-15 Fone 44 99225494 Cidade IPORA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				11.06.18	11.07.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	3.375,17	510,76	2.864,41

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PASSAGEM AÉREA PARA VIAGEM DA SECRETÁRIA D SAÚDE ROSANGELA GUNADALIN PARA RETORNO DE CURITIBA NO DIA 15/06/2018, CONFORME SOLICITAÇÃO.	510,76	510,76

LIQUIDADO

Banco Credor	1	796-X	15532-2	VALOR LIQUIDO	510,76
--------------	---	-------	---------	----------------------	--------

<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) CRC PR - 064807/O-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

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

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



CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:
Divisão:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)