



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 001586.2018	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

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

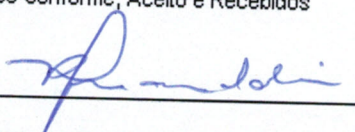
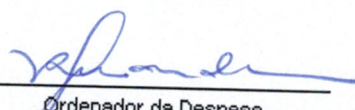

Conta 00231
 Conta 02057

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

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 21.03.18	Vencimento 20.04.18
Valor Orçado 5.000,00	Saldo Anterior 5.000,00	Valor do Empenho 451,27	Saldo Atual 4.548,73		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE PASSAGEN RELATIVO A RETORNO DE CURITIBA DA SECRETÁRIA DA SAÚDE ROSANGELA AONDE IRÁ PARTICIPAR JUNTAMENTE COM A VICE PREFEITA, DO 7º ENCONTRO ESTADUAL DA REDE MÃE PARANAENSE E AUDIÊNCIAS NA SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE E CO DEPUTADOS.	451,27	451,27
LIQUIDADO				

Banco Credor	1	796-X	15532-2	VALOR LIQUIDO	451,27
--------------	---	-------	---------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> 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 (quatrocentos e cinquenta e um reais e vinte e sete centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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