



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 000901.2018	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 00305
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 01919
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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 Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 23.02.18	Vencimento 14.04.18
Valor Orçado 107.000,00	Saldo Anterior 29.561,66	Valor do Empenho 1.700,00	Saldo Atua 27.861,66		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A CONTRATAÇÃO DE MAO DE OBRA PARA CONserto DA AUTO CLAVE UTILIZADA NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.700,00	1.700,00

LIQUIDADO

Banco Credor 1 3508-4 32582-1 **VALOR LIQUIDO** 1.700,00

<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 assinatura: nome: _____ Data: ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço CONTADOR(A)
--	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil e setecentos 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: SERVIÇOS SOLICITADO PARA CONSERTO DA AUTO CLAVE QUE ESTÁ DANIFICADA
NESSECITANDO DE REPAROS COM URGÊNCIA, POIS DEPENDEMOS DA MESMA PARA ESTERELIZAR TODO
MATERIAL UTILIZADO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)