



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 000691.2018	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
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03980 EDUARDO BRUNALDI DO NASCIMENTO 03926971908
 Endereço RUA RAMIRO PEREIRA DA SILVA 413 RESIDENC
 CNPJ/CPF 28.857.528/0001-09 Fone 44997337505 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 06.02.18	Vencimento 08.03.18
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 107.000,00	Saldo Anterior 52.961,66	Valor do Empenho 400,00	Saldo Atual 52.561,66
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA A INSTALAÇÃO DE ALÇAS DE APOIO NOS BANHEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	400,00	400,00

LIQUIDADA

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	400,00
--------------	----------------------	--------

Declaramos que os <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 CPF PR - 0848071078
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos 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: ALÇAS DE APOIO INSTALADO NOS BANHEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. PARA
SEGURANÇA DOS PACIENTES INTERNADOS OU EM OBSERVAÇÃO.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)