



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
000712.2018	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Conta 00295 Conta 01937
Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde	
Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO	
Desdobramento 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO	
Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)	

Credor 03753 CIRURGICA ONIX - EIRELI - ME	Fone	Cidade ARAPONGAS
Endereço R TOVACU 1220 VILA TRIANGULO		
CNPJ/CPF 20.419.709/0001-33		

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.02.18	10.03.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
190.000,00	178.350,70	220,00	178.130,70

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL EM CASO DE PACIENTES COM INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	220,00	220,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	359-X	128852-0	VALOR LIQUIDO	220,00
--------------	---	-------	----------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço CONTADOR(A)
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e vinte 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: MEDICAMENTO SOLICITADO PARA USO INTERNO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, EM PACIENTES COM INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)