

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANÁ**

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 000687.2018	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00296
Conta	01665

Credor 03170 LEISTUNG EQUIPAMENTOS LTDA
 Endereço RUA JOÃO ROPELATTO 202 NEREU RAMOS
 CNPJ/CPF 04.187.384/0001-54 Fone (47) 3371-2741 Cidade JARAGUÁ DO SUL

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 06.02.18	Vencimento 19.04.18
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 208.800,00	Saldo Anterior 99.725,30	Valor do Empenho 360,00	Saldo Atual 99.365,30
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE UM CIRCUITO PACIENTE SILICONE ADULTO PR4-G, CONFORME SOLICITAÇÃO.	360,00	360,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	405-7	31892-2	VALOR LIQUIDO	360,00
--------------	---	-------	---------	----------------------	--------

<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)
--	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e sessenta reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ____/____/____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor 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: EQUIPAMENTO SOLICITADO PARA COMPLEMENTAR DO APARELHO QUE TEMOS NO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, QUE É UTILIZADO PARA REALIZAR ENTUBAÇÃO
NO PACIENTE QUE NECESSÁRIO FOR, PORQUE O QUE TINHAMOS QUEBROU E SÓ REALIZA ESTÁ NA
EMPRESA FABRICANTE DO MESMO.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)