



**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
000688.2018	00000	Ordinário	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 3390395100 SERVIÇOS DE ANÁLISES E PESQUISAS CIENT  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 03979 LANALI LABORATÓRIO DE ANALISE DE ALIMENTOS SS EPP  
 Endereço R D. PEDRO II 2380 CENTRO  
 CNPJ/CPF 86.787.538/0001-03 Fone 4532220076 Cidade CASCAVEL

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				06.02.18	08.03.18
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual		
167.000,00	73.834,20	264,00	73.570,20		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO PARA ANALISE ANUAL DE ÁGUA DO HOSPITAL MUNICIPAL COMO PREVÊ A LEGISLAÇÃO, CONFORME SOLICITAÇÃO.	264,00	264,00

**LIQUIDAD**

**Banco Credor** VALOR LIQUIDO 264,00

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

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( duzentos e sessenta e quatro 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

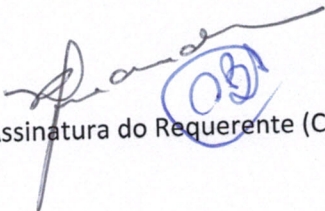


**SECRETARIA: SAÚDE**

**DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: ANÁLISE DE ÁGUA COMO DEVER SER REALIZADO A CADA 12 MESES, HOSPITAL MUNICIPAL DR. MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)