



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
004435.2019	00495	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00303
 Desdobramento 3390304400 MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS Conta 02275
 Fonte de Recursos 00495 ATENÇÃO BÁSICA

Credor 00663 REDUCOPIA-COPIADORA LTDA
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4158 ZONA I
 CNPJ / CPF 02.118.251/0001-09 Fone (44) 3622-5959 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				22.07.19	21.08.19


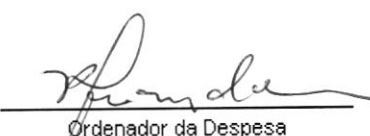
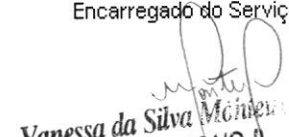
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	32.556,19	582,00	31.974,19

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE CRACHÁS, ADESIVOS E BANNER, CONFORME SOLICITAÇÃO.	582,00	582,00

Invidade 304,00

LIQUIDADO

Banco Credor	341	2910	00014884-6	VALOR LIQUIDO	78,00
--------------	-----	------	------------	---------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input checked="" 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  Vanessa da Silva Mendes CRC-PR 064301/O-0 CPF 028140877
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (**quinhentos e oitenta e dois 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, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE DE MATERIAS DE IDENTIFICAÇÃO PARAFUNCIONÁRIOS,
CAIXA DE ALTA TENSÃO E INFORMACÇÕES SOBRE A CIPA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO
BITTENCOURT

Assinatura do Requerente (CARIMBO)