



**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
003792.2019	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.32.00.00 MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PA  
 Desdobramento 3390329905 PASSAGENS E DESPESA COM LOCOMOÇÃO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00102 VIACAO GARCIA LTDA  
 Endereço AV. CELSO GARCIA CID, 1100 BOA VISTA  
 CNPJ/CPF 78.586.674/0001-07 Fone (043) 321-2240 Cidade LONDRINA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento  
 24.06.19 24.07.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	4.501,32	487,02	4.014,30

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE FORNECIMENTO DE PASSAGENS DE IDA E VOLTA (MARINGÁ/BAURU) PARA O PACIENTE E ACOMPANHANTE, PARA REALIZAR TRATAMENTO NO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANOFACIAIS NA CIDADE DE BAURU/S EM RAZÃO DE TRATAMENTO NÃO FORNECIDO PELO SUS REGIONAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	487,02	487,02

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	3407-X	00003761-3	VALOR LIQUIDO	487,02
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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  Juliana Lourenço de Oliveira Contadora CRC PR - 084907/O-6
--	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quatrocentos e oitenta e sete reais e dois centavos \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ____/____/____	Credor: _____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
----------------------	---------------	--





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:  
Divisão:

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Passagem para tratamento não fornecido pelo SUS regional

*Simone M. Santos*  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)