



**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
004988.2019	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 PAR  
 Desdobramento 3390329905 PASSAGENS E DESPESA COM LOCOMOÇÃO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00014 EXPRESSO MARINGA LTDA  
 Endereço AV MONTEIRO LOBATO 473 ZONA 08  
 CNPJ/CPF 79.111.779/0001-72 Fone Cidade MARINGÁ

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				16.08.19	15.09.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	4.014,30	249,34	3.764,96

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PASSAGEM IDA E VOLTA (PÉROLA X MARINGÁ) PARA TRATAMENT DA PACIENTE MENOR VIVIANE DOS SANTOS PENA E DA SUA MÃE/ACOMPANHANTE, EM RAZÃO DE CIRURGIA EM QUE SERÁ SUBMETIDA A REQUERENTE, NO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANOFACIAIS, NA CIDADE DE BAURU/SP, NO DIA 03/09/2019, CONFORME SOLICITAÇÃO.	249,34	249,34

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	2659-X	00003181-X	VALOR LIQUIDO	249,34
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<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) 03/09/2019
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( duzentos e quarenta e nove reais e \*\*\* trinta e quatro centavos\*\*\*\*\* ) 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, nº 1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:

Divisão:

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Passagem para tratamento não fornecido pelo SUS regional

Assinatura do Requerente (CARIMBO)