



**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
005484.2019	00303	Ordinário	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 Conta 00346  
 Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI Conta 01664  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02378 ALLEGRO MANUTENÇÃO DE APARELHOS ELETROMEDICOS  
 Endereço RUA MARECHAL CANDIDO RONDON 3171 CANCELL  
 CNPJ/CPF 13.314.434/0001-08 Fone Cidade CASCAVEL

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.09.19	03.10.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
399.150,01	127.560,58	186,00	127.374,58

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇA PARA CONCERTO DE EQUIPAMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	186,00	186,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	3508-4	00032582-1	<b>VALOR LIQUIDO</b>	186,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	--------

Declaramos que os <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  Contador(a) CRC PR - 0649070-6
--	---	---

**RECIBO**

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Credor: \_\_\_\_\_

Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PEÇA PARA CONserto DE EQUIPAMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR.RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)