



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
006790.2020	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
 Desdobramento 3390301700 MATERIAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00341
Conta	01450

Credor 01941 PEDRO PERISSATO - ME
 Endereço RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA 876 CENTRO
 CNPJ/CPF 09.034.628/0001-82 Fone (44) 3636-2152 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				11.12.20	10.01.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
305.527,00	5.120,28	269,00	4.851,28

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA REPOSIÇÃO NOS COMPUTADORES DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	269,00	269,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00026888-3	VALOR LIQUIDO	269,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: _____ Data: ____/____/____ cargo: _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A) Juliana Lúcia de Oliveira CRC PR - 064907/0-6
--	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e sessenta e nove 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: SOLICITAÇÃO DE PEÇA PARA REPOSIÇÃO NOS COMPUTADOR DA HOSPITAL
MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)