



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
001472.2020	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 Conta 00341
 Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEIS Conta 00629
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03791 O. CORAL JUNIOR - SERVICOS
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 1280 CENTRO
 CNPJ/CPF 82.583.766/0001-00 Fone (44) 998170696 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				17.03.20	16.04.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	65.542,72	350,00	65.192,72

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DE APARELHOS DE AR CONDICIONADO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	350,00	350,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	1261	00001338-0	VALOR LIQUIDO	350,00
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

<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 Juliano Lima de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR-00620106
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e cinquenta 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 - 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
001473.2020	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03791 O. CORAL JUNIOR - SERVICOS
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 1280 CENTRO
 CNPJ/CPF 82.583.766/0001-00 Fone (44) 998170696 Cidade PÉROLA

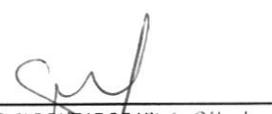
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				17.03.20	16.04.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
404.150,00	292.014,35	1.900,00	290.114,35

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO DE APARELHOS DE AR CONDICIONADO D HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.900,00	1.900,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	1261	00001338-0	VALOR LIQUIDO	1.900,00
--------------	-----	------	------------	---------------	----------

<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) de Oliveira Juliana
---	--	---

RECIBO CRC PR - 064.007/0-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil e novecentos reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ___/___/___

Assinatura(CARIMBO)

Contabilidade

Recebi em: 17 / 03 / 20

Assinatura (CARIMBO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

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



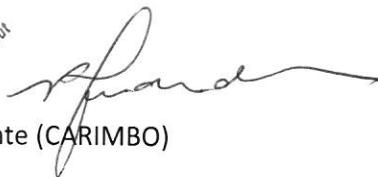
Secretaria: SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: MÃO DE OBRA SOLICITADA PARA SER REALIZADO MANUTENÇÃO DE AR
CONDICIONADO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Assinatura de **Cláudia B. de A. Oliveira**
Diretora do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt


Assinatura do requerente (CARIMBO)