



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
000718.2020	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 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVEIS Conta 00628
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03969 M. C. PICIRILO - MATERIAIS PARA CONSTRUCAO - ME
 Endereço AVENIDA PEROLA BYINGTON 957 CENTRO
 CNPJ/CPF 27.164.225/0001-30 Fone Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				05.02.20	06.03.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	117.232,64	55,18	117.177,46

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA REALIZAÇÃO DE CONSERTOS/MANUTENÇÃO NA SALA DE RAIOS-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	55,18	55,18

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00073065-5	VALOR LIQUIDO	55,18
--------------	-----	-----	------------	---------------	-------

<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 _____ Juliana Louzada de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR - 064907/O-5
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cinquenta e cinco reais e dezoito **** centavos*****) 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 DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MATERIAL PARA ACABAMENTO E PARTE REVESTIMENTO DA
SALAN DE RAIOS -X, DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

