



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
001862.2021	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 Conta 00379
 Desdobramento 3390398203 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA DE RES Conta 00595
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03177 SERVIOESTE SOLUÇÕES AMBIENTAIS LTDA
 Endereço VILA SÃO ROQUE SN
 CNPJ/CPF 03.392.348/0001-60 Fone 44 3028-6650 Cidade CHAPECÓ

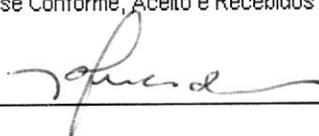
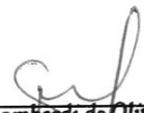
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.04.21	19.05.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
546.541,00	231.052,62	194,75	230.857,87

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA COLETA, TRANSPORTE E DESTINAÇÃO FINAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITADO.	194,75	194,75

LIQUIDADO

Banco Credor	1	321-2	00026308-7	VALOR LIQUIDO	194,75
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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  Juliana Lourenço de Oliveira Contadora CRC/PR 06490/0-6
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e noventa e quatro reais e ***** setenta e cinco centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

O EXCEDENTE SE JUSTIFICA PELO AUMENTO DE DEMANDA DE EPI'S USADO DEVIDO A PANDEMIA COVID.



Themis Francine da Silva

Portaria N° 029/2021

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

DR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR