



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
001257.2021	00000	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 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 03116 EUGENIO & MARQUES LTDA
 Endereço AV. BRASIL 1391 CENTRO
 CNPJ/CPF 01.600.153/0001-32 Fone (44) 3263-9390 Cidade IGUARAÇU

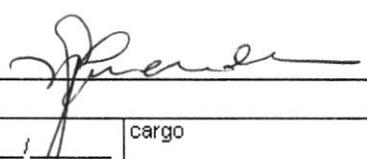
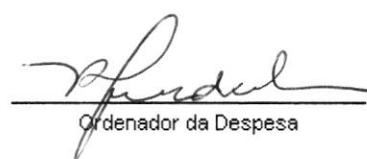
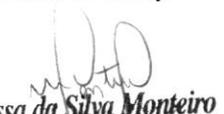
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.03.21	14.04.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
50.000,00	9.080,00	700,00	8.380,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE MÃO DE OBRA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM CONserto NO TUBO D APARELHO DE RAIo X DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	700,00	700,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00107234-X	VALOR LIQUIDO	700,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input checked="" 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  Vanessa da Silva Monteiro CRC-PR 064301/O-0 CPF 038.511.179-07
---	--	--

RECIBO

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

Data: ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco
Credor	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
001258.2021	00000	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 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00369
Conta	01874

Credor 03116 EUGENIO & MARQUES LTDA
 Endereço AV. BRASIL 1391 CENTRO
 CNPJ/CPF 01.600.153/0001-32 Fone (44) 3263-9390 Cidade IGUAUAÇU

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.03.21	14.04.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
50.000,00	29.880,84	1.100,00	28.780,84

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇA (DIAFRAGMA) PARA MANUTENÇÃO EM APARELHO DE RAO X DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.100,00	1.100,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00107234-X	VALOR LIQUIDO	1.100,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

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 Vanessa da Silva Monteir CRC PR 06430/0-0 CPF 052.511.179-07
---	---	--

RECIBO

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

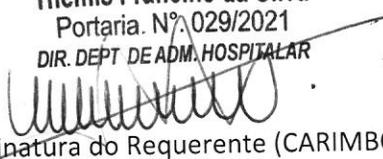
Data ____/____/____ Credor _____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco Data ____/____/____.
----------------------------------	--

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

NECESSÁRIA SUBSTITUIÇÃO DE PEÇAS QUEBRADAS PARA O ADEQUADO FUNCIONAMENTO DO APARELHO DE
RAIO X .

Themis Francine da Silva
Portaria. Nº: 029/2021
DIR. DEPT DE ADM. HOSPITALAR


Assinatura do Requerente (CARIMBO)