

PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA

NOTA DE EMPENHO
1ª VIA

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70



Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
005720.2017	00303	Ordinario	Comum

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390300400 GAS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03222 F D G OXIGENIO LTDA - ME
 Endereço AV. PRES. CASTELO BRANCO 1915 CENTRO
 CNPJ/CPF 20.943.915/0001-48 Fone 44 3055-2894 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				17.10.17	16.11.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	78.099,47	1.300,00	76.799,47

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE OXIGENIO MEDICINAL SOLICITADO PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGI BITTENCOURT, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DOS PACIENTES, CONFORME SOLICITACAO.	1.300,00	1.300,00

LIQUIDADO

Banco Credor 756 4379 3946-2 **VALOR LIQUIDO** 1.300,00

Declaramos que os <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 Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR - 06490710-6
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil e trezentos 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

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:

Divisão:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: OXIGÊNIO MEDICINAL SOLICITADO PARA USO INTERNO DO HOSPITAL
MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DOS PACIENTES.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

