



**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
004220.2017	00000	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 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

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 Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 04.08.17 Vencimento 03.09.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	14.730,23	600,00	14.130,23

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE OXIGENIO MEDICINAL PARA SEREM UTILIZADOS N HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITACAO.	600,00	600,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 756 4379 3946-2 VALOR LIQUIDO 600,00

<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	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( seiscentos 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**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

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



Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE OXIGÊNIO MEDICINAL PARA USO INTERNO E EXCLUSIVO DO HOSPITAL  
DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, PARA PACIENTE QUE NECESSITA DO MESMO.

---

---

Assinatura do Requerente (CARIMBO)