



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
006806.2019	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 00357
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS Conta 01738
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02997 EDSON DA SILVA GOUVEIA
 Endereço RUA CALMÃO SOLANO RIBAS 86 CENTRO
 CNPJ/CPF 18.607.629/0001-60 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.11.19	08.12.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
876.000,00	79.207,43	2.000,00	77.207,43

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE MÃO DE OBRA DE PINTURA DE SALAS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.000,00	2.000,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00085990-8	VALOR LIQUIDO	2.000,00
--------------	-----	-----	------------	----------------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa <i>Darlan Scalco</i> Prefeito do Município de Pérola - Pr.	Encarregado do Serviço <i>Vanessa da Silva Monteir</i> CONTADOR CRC-PR 088981/O-0 CPF 058.511.179-07
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____		

RECIBO

Declaro(amós) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil 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



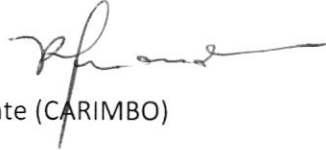
SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DOR. RAUL BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE PINTURA EM TRÊS SALA DO HOSPITAL MUNICIPAL
DR. RAULÇ SERGIO BITTENCOURT, SENDO ELAS SALA DO RAIÓ - X, CME E A DO PRÉ PARTO, DEVIDO
VAZAMENTO DE CAIXA D' ÁGUA DETERIORANDO A PINTURA.


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



do Requerente (CARIMBO)