



**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 005485.2019	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02378 ALLEGRO MANUTENÇÃO DE APARELHOS ELETROMEDICOS  
 Endereço RUA MARECHAL CANDIDO RONDON 3171 CANCELL  
 CNPJ/CPF 13.314.434/0001-08 Fone Cidade CASCAVEL

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 03.09.19	Vencimento 03.10.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 876.000,00	Saldo Anterior 151.223,47	Valor do Empenho 150,00	Saldo Atual 151.073,47
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA CONERTO DE EQUIPAMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	150,00	150,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	3508-4	00032582-1	<b>VALOR LIQUIDO</b>	150,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	--------

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  Juliana Lourenço de Oliveira Contadora
--	--	---

**RECIBO**

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

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

CRC PR - 064907/0-6



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO MANUTENÇÃO/CONSERTO DE EQUIPAMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR.RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)