



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
004987.2019	00303	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 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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				16.08.19	15.09.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
399.150,01	138.093,50	1.066,00	137.027,50

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇA DE REPOSIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DA AUTOCLAVE DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.066,00	1.066,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3508-4	00032582-1	VALOR LIQUIDO	1.066,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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 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 CONTADOR(A) CRC PR - 064507/O-6
--	---	---

RECIBO

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

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



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PEÇA DE REPOSIÇÃO PARA AUTO CLAVE DO HOSPITAL MUNICIPAL DR.RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)