



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 004168.2019	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 Conta 00357
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 02155
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02378 ALLEGRO MANUT APARELHOS ELETRODOMESTICOS EIRELI
 Endereço RUA MARECHAL CANDIDO RONDON 3171 CANCELL
 CNPJ/CPF 13.314.434/0001-08 Fone Cidade CASCAVEL

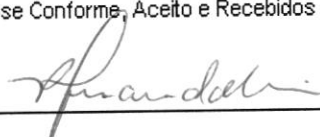
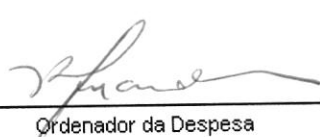

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 28.06.19	Vencimento 28.07.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 876.000,00	Saldo Anterior 353.236,81	Valor do Empenho 950,00	Saldo Atual 352.286,81
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS D HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	950,00	950,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3508-4	00032582-1	VALOR LIQUIDO	950,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<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  CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
--	---	---

RECIBO

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

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



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



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE PEÇA PARA EQUIPAMENTO
DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)