



**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
003446.2019	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 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04194 AG - COMERCIO DE MAQUINAS E EQUIP. DE INFORMATICA  
 Endereço RUA FERNAO DIAS 1050 ZONA ARMAZEM  
 CNPJ/CPF 13.944.402/0001-96 Fone 4430293007 Cidade MARINGÁ

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				31.05.19	30.06.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
399.150,01	123.204,09	600,00	122.604,09

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PULSEIRAS PERSONALIZADAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, PARA SEREM UTILIZADAS NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	600,00	600,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	341	3713	00035273-4	VALOR LIQUIDO	600,00
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana LOBATO DE OLIVEIRA Contadora CRC PR-00490710-6
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 ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	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 DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PULSEIRAS PERSONALIZADAS, NAS CORES AMARELA, AZUIS E VERDE PARA IDENTIFICAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM PROTOCOLO DE MANGESTER UTILIZADO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

Assinatura do Requerente (CARIMBO)