



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
002821.2019	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
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02719 F V FERREIRA - ME
 Endereço RUA ANTONIO GONZAGA 1187 CENTRO
 CNPJ/CPF 12.288.537/0001-88 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.05.19	02.06.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
876.000,00	445.207,00	750,00	444.457,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE INSTALAÇÃO DE COBERTURA METÁLICA, CALHAS E RUFOS NA PORTA DA COZINHA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	750,00	750,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	3868	00000056-9	VALOR LIQUIDO	750,00
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

<input 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 JUCIENIA OLIVEIRA Contadora CRC PR - 06490710-5
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setecentos e cinquenta 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 DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PARA COMPLETAR COBERTURA DOS FUNDOS NA PORTA DA
COZINHA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)