



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
003378.2019	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04239 SICA INOX PRODUTOS METALURGICOS LTDA
 Endereço ESTRADA JOÃO JOSÉ MAROCHI SN COL. REBOUÇ
 CNPJ/CPF 24.139.904/0001-60 Fone 4136495436 Cidade CAMPO LARGO

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
 27.05.19 26.06.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
40.600,00	22.574,10	3.002,00	19.572,10

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA REABERTURA DO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.002,00	3.002,00

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	3.002,00
--------------	---------------	----------

<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 Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) CRC/PR - 064967/0-6
--	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (três mil e dois 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 EQUIPAMENTO PARA O CENTRO CIRURGICO SER REABERTO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)