



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
001768.2019	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 3390392000 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS MÓVEI
 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

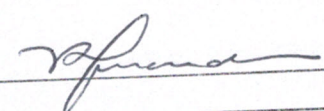
Licitação	Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
					26.03.19	05.05.19
Valor Orçado		Saldo Anterior		Valor do Empenho		Saldo Atual
876.000,00		604.961,83		2.200,00		602.761,83

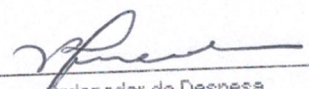
Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.200,00	2.200,00
LIQUIDADO				
Banco Credor 1 3508-4 00032582-1			VALOR LIQUIDO	2.200,00

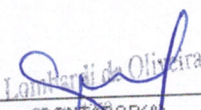
Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(s).
 Data ____/____/____

Encarregado do Serviço

assinatura: 
 nome: _____


 Ordenador da Despesa


 Juliana L. Pereira de Oliveira
 CONTADOR(A)
 CRC PR - 0649070-6

Data ____/____/____ cargo _____

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil e duzentos 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, n°1.800 – 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 MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS E DESLOCAMENTO DO FUNCIONÁRIO DA EMPRESA AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)