



**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 001771.2019	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00346
Conta	01771

Credor 03828 E GONZAGA VAZ  
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675  
 CNPJ / CPF 27.427.951/0001-06 Fone Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 26.03.19	Vencimento 25.04.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 399.150,01	Saldo Anterior 144.655,91	Valor do Empenho 637,00	Saldo Atual 144.018,91
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PULSEIRAS PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL, PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO/TRIAGEM PARA COM O PACIENTE CONFORME SOLICITAÇÃO.	637,00	637,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 613 00002173-3	<b>VALOR LIQUIDO</b>	637,00
------------------------------------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-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 Lombrão de Oliveira Contadora CRC PR - 064907/O-6
--	---	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( seiscentos e trinta e sete 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: MATERIAL SOLICITADO PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO / TRIAGEM PARA COM O PACIENTE.

---

---

Assinatura do Requerente (CARIMBO)