



**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 000725.2019	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 3390300400 GÁS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00346
Conta	01385

Credor 02736 OXIPARANÁ COM. DE OXIGÊNIO LTDA - ME  
 Endereço RUA ARMANDO LUIZ BRETAS 2175 JD. SAN FER  
 CNPJ/CPF 14.785.842/0001-00 Fone (44) 3639-8717 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 05.02.19	Vencimento 07.03.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 390.000,00	Saldo Anterior 214.630,54	Valor do Empenho 240,00	Saldo Atual 214.390,54
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE USO EXCLUSIVO DO HOSPITAL CONFORME SOLICITAÇÃO.	240,00	240,00

*Fernando Luiz dos Anjos*  
 Secretário Mun. de Fazenda  
 Portaria 004/2013  
 RG 838.501-4 SSP/PR

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	180	00104614-4	VALOR LIQUIDO	240,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: <i>[Signature]</i> nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ <i>[Signature]</i> Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ <i>Juliana Lombardi de Oliveira</i> Contadora CRC PR - 064907/0-8
---	---	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( duzentos e quarenta 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

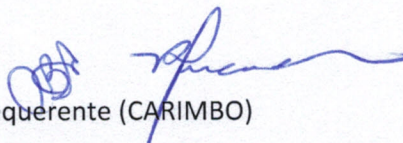


**SECRETARIA: SAÚDE**

**DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE USO INTERNO E EXCLUSIVO DO HOSPITAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, COMPRA DIRETA POR MOTIVO DE ESTAR AGUARDANDO DA LIBERAÇÃO DA ATA REGISTRO DE PREÇO.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)