



# 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 000839.2019	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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 14.02.19	Vencimento 16.03.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 876.000,00	Saldo Anterior 689.348,54	Valor do Empenho 530,00	Saldo Atual 688.818,54
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE BLOCOS DE RECEITUÁRIO MÉDICO E REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA PRA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES, PARA SEREM UTILIZADOS PELO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	530,00	530,00

## LIQUIDADO

Banco Credor 237 613 00002173-3	VALOR LIQUIDO	530,00
------------------------------------	---------------	--------

<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-06490712-6
---	---	---

### RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quinhentos e trinta reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	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 RECEITUÁRIO MÉDICOS E REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DO HOSPITAL MUN. DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)