



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
000216.2019	00000	Ordinário	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 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00345
Conta	01480

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				09.01.19	08.02.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
40.000,00	40.000,00	780,00	39.220,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE OXIGÊNIO MEDICINAL PARA SER UTILIZADO PELO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	780,00	780,00

LIQUIDADO

Banco Credor	237	180	00104614-4	VALOR LIQUIDO	780,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

<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(s). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR - 06490710-6
---	--	--

RECIBO

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