



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
006201.2020	01019	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.122.0010.2.063.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 02275
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 02900
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 03856 JULIANA MARCELINO DE OLIVEIRA FRANCISCO
 Endereço RUA GURUCAIA 473 PARQUE DO BOSQUE
 CNPJ/CPF 27.445.086/0001-12 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				26.11.20	26.12.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
262.691,78	168.757,80	2.610,00	166.147,80

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE DIVISÓRIAS PARA MONTAR UM LOCAL PARA OBSERVAÇÃO DE PACIENTES SUSPEITOS OU POSITIVOS DE COVID-19 NO ÂMBIT DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.610,00	2.610,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00081574-6	VALOR LIQUIDO	2.610,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	----------

<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 Marcelino de Oliveira CONTADORIA
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil seiscentos e dez reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.

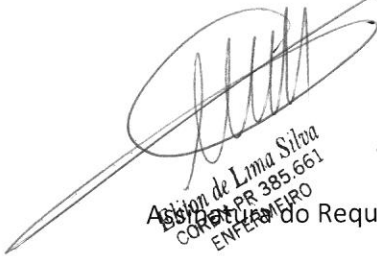


SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE DIVISÓRIAS PARA REALIZAR UM LOCAL PARA OBSERVAÇÃO DE PACIENTES
SUSPEITOS OU POSITIVOS DE COVID 19, NO AMBITO DO HOSPITAL MUNICIPAAL DR. RAUL SERGIO
BITTENCOURT, DE ACORDO COM DECRETO 4298/2020 DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ


Assis de Lima Silva
CPF: PR 385.661
CORPUS PROPRIO
ENFERMEIRO
do Requerente (CARIMBO)

