



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
005007.2020	00000	Ordinário	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 TERCEIROS
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04425 MARCOS OSIRES NUNES
 Endereço AV. COMENDADOR FRANCO 2711 JARDIM DAS AM
 CNPJ/CPF 81.742.751/0001-85 Fone Cidade CURITIBA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				21.09.20	21.10.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
189.060,00	132.616,46	2.870,00	129.746,46

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MANUTENÇÃO 0 REFRIGERADORES INDREL DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.870,00	2.870,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3007-4	00016416-X	VALOR LIQUIDO	2.870,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 _____ CONTADOR(A) Juliana Lourenço de Oliveira
---	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil oitocentos e setenta 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

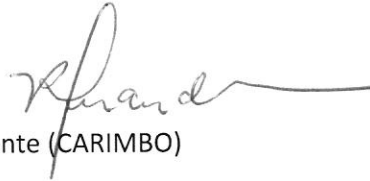


SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA


Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)