



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
004433.2020	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 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 00738 S. F. BARRADAS PIROTA - ME
 Endereço AV. PEROLA BYINGTON 970 CENTRO
 CNPJ/CPF 07.306.901/0001-55 Fone (44) 3636-1848 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				25.08.20	24.09.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
46.950,00	30.259,60	16,00	30.243,60

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE CÓPIAS DE CHAVES DA PORTA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	16,00	16,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00033261-5	VALOR LIQUIDO	16,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	-------

<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 _____ CONTADOR(A) Juliana Lamberdi de Oliveira CPF: 00000000000
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dezesseis reais **R\$ 16,00**) 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 CÓPIAS DE CHAVES DE PORTA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL
SERGIO BITTENCOURT.


Assinatura do **CARIMBO** requerente (CARIMBO)
Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt