

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 004122.2020	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 Conta 00350
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 01754
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03116 EUGENIO & MARQUES LTDA
 Endereço AV. BRASIL 1391 CENTRO
 CNPJ / CPF 01.600.153/0001-32 Fone (44) 3263-9390 Cidade IGUARAÇU

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.07.20	Vencimento 29.08.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 384.150,00	Saldo Anterior 210.955,98	Valor do Empenho 2.875,00	Saldo Atual 208.080,98
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MANUTENÇÃO D EQUIPAMENTO DE RAIOS-X DO HOSPITAL MUNICIPAL E DESLOCAMENTO, CONFORM SOLICITAÇÃO.	2.875,00	2.875,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00107234-X	VALOR LIQUIDO	2.875,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

<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 Lourenço de Souza CONTADOR(A) CRC PR - 564.000/0
--	--	--

RECIBO

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

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




SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DO EQUIPAMENTO DO RAI0 - X, DO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, DE ACORDO COM O CONTROLE DE QUALIDADE.


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


Assinatura do Requerente (CARIMBO)