



**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
003082.2020	00303	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 TERCEIRO Conta 00350  
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO Conta 02214  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ  
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR  
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				05.06.20	05.07.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
384.150,00	211.250,98	140,00	211.110,98

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE BLOCOS DE PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	140,00	140,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	613	00004108-4	VALOR LIQUIDO	140,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input checked="" type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input checked="" 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 I. CONTADOR(A) Oliveira Contadora
--	--	--

**RECIBO**

CRC PR - 064070-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cento e quarenta 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 MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: MATERIAL SOLICITADO PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO  
BITTENCOURT.

---

---

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

Assinado por o(a) Requerente (CARIMBO)