

**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
003117.2020	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 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00340
Conta	01051

Credor 04394 CASMORE COMERCIO EQUIPAMENTOS ODONTO HOSPITALARES
 Endereço RUA VALDEMAR BONN 957 RECANTO TROPICAL
 CNPJ/CPF 07.182.820/0001-90 Fone Cidade CASCAVEL

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.06.20	15.07.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
46.950,00	46.950,00	565,00	46.385,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETROS D HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	565,00	565,00

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	565,00
--------------	---------------	--------

Declaramos que os <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 _____ CONTADOR(A) Juliana Lourenço de Aguiar
--	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quinhentos e sessenta e cinco 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 - 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
003118.2020	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 TERCEIRO
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04394 CASMORE COMERCIO EQUIPAMENTOS ODONTO HOSPITALARES
 Endereço RUA VALDEMAR BONN 957 RECANTO TROPICAL
 CNPJ / CPF 07.182.820/0001-90 Fone Cidade CASCAVEL

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.06.20	15.07.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
204.060,00	174.980,00	390,00	174.590,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA MANUTENÇÃO DE ESFIGMOMANÔMETROS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	390,00	390,00

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	390,00
--------------	---------------	--------

<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 _____ CONTADOR(A) Juliana Lourenço de Oliveira
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e noventa 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: SAUDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTOS DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO DE ESFIGMOMANOMETROS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Assinado por: **Claudio B. de A. Oliveira**
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt

Requerente (CARIMBO)