



**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
002690.2020	00494	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 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00342
Conta	02300

Credor 04369 ALCEONE DOS SANTOS  
 Endereço AV 7 DE SETEMBRO 332 CENTRO  
 CNPJ/CPF 23.508.960/0001-62

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				22.05.20	21.06.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
10.000,00	10.000,00	1.080,00	8.920,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL (SODA) PARA USO NAS FOSSAS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.080,00	1.080,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	1.080,00
--------------	---------------	----------

Declaramos que os <input 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 Lombardi de Souza CONTADOR(A) CRC PR - 0633070-6
--	---	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( um mil e oitenta 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



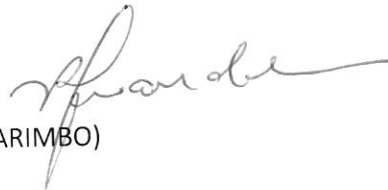
**SECRETARIA: SAÚDE**

**DIVISÃO: SECRETARIA DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MATERIAL PARA USO NAS FOSSAS QUE SÃO INSTALADAS DE FRENTE AO  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, QUE ESTÃO EXALANDO MAL CHEIRO.  
PARANÁ.

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



Assinada por (CARIMBO)