



**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
002709.2020	00304	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 Desdobramento 4490524200 MOBILIÁRIO EM GERAL  
 Fonte de Recursos 00304 Alienação de Bens da Saúde

Credor 03721 J RUBENS GALETI  
 Endereço AVENIDA PÉROLA BYINGTON 1533  
 CNPJ/CPF 97.538.465/0001-32 Fone 36361837 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento  
 27.05.20 26.06.20

Valor Orçado 52.070,00 Saldo Anterior 40.557,00 Valor do Empenho 1.540,00 Saldo Atual 39.017,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 02 CAMAS BOX SOLTEIRO PARA DESCANSO DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.540,00	1.540,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 1 1354-4 00015179-3 VALOR LIQUIDO 1.540,00

Declaramos que os  Serviços Foram Prestados  Materiais Foram Entregues  Obra Executada  
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

assinatura:  nome: \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ cargo \_\_\_\_\_

Encarregado do Serviço  
  
 Juliana Lombardi Contadora

**RECIBO**

CRC PR - 06430710-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( um mil quinhentos e quarenta reais\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Credor 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 CAMA BOX PARA DESCANSO DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL  
DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, EXIGIDO PELA RESOLUÇÃO 165/2016.

  
Dr. **A. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Atividade Hospitalar  
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)