

**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 002939.2020	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00341
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 00628
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 01551 MARGARETE DE FATIMA PICIRILO DA ROCHA
 Endereço AV.PEROLA BYINGTON 889 CENTRO
 CNPJ/CPF 06.298.237/0001-87 Fone (44) 3636-1310 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 29.05.20	Vencimento 28.06.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 220.000,00	Saldo Anterior 26.097,40	Valor do Empenho 180,90	Saldo Atual 25.916,50
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA SER REALIZADA PINTURA DE UM QUARTO QUE ESTÁ DETERIORADO NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	180,90	180,90

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00008350-X	VALOR LIQUIDO	180,90
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

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 CONTADOR(A) CRC: 000.000.000-00
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e oitenta reais e noventa ***** centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



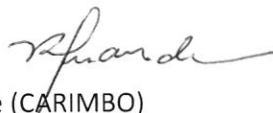
Secretaria: SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: MATERIAL SOLICITADO PARA SER REALIZADO PINTURA DE QUARTO QUE ESTÁ
DETERIORADO NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


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



Assinante do Requerente (CARIMBO)