



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
001254.2020	00303	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 3390304400 MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04244 FELIPE RUIZ LOPES - PAPELARIA
 Endereço RUA DESEMBARGADOR LAURO LOPES 3727 ZONA
 CNPJ/CPF 32.722.664/0001-50 Fone (44) 3056-5101 Cidade UMUARAMA

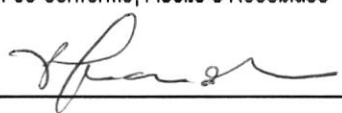
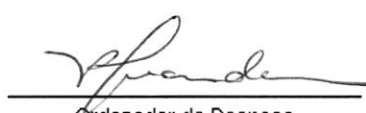
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				02.03.20	01.04.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	92.437,59	875,00	91.562,59

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE LACRES NUMERADOS DE IDENTIFICAÇÃO PARA SEREM UTILIZADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	875,00	875,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00000161-9	VALOR LIQUIDO	875,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-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 _____  CONTÁBIL(A) CMC PR - 06410710-6
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oitocentos e setenta e cinco 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 PAGAMENTOS DE LACRES PARA O CARRINHO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)