



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 000315.2020	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
 Desdobramento 3390302300 UNIFORMES, TECIDOS E AVIAMENTOS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta 00341
 Conta 01766

Credor 04315 MEDICVEST CONFECÇOES LTDA
 Endereço AV. PARANÁ 438 CENTRO
 CNPJ/CPF 08.171.757/0001-50 Fone Cidade PEROBAL

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 23.01.20	Vencimento 22.02.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 200.000,00	Saldo Anterior 135.411,72	Valor do Empenho 224,00	Saldo Atual 135.187,72
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PIJAMAS CIRÚRGICOS PARA SEREM UTILIZADOS PELOS AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	224,00	224,00

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	224,00
--------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
assinatura : nome : Data ____/____/____	cargo	

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e vinte e quatro reais*****
 *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA SER UTILIZADOS PELAS AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS E
DE ACORDO COMO PEDE A RESOLUÇÃO 165/2016.


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

Requerente (CARIMBO)