



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 006472.2021	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS Conta 00379
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO Conta 01855
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 18.11.21	Vencimento 26.12.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 671.399,11	Saldo Anterior 22.548,71	Valor do Empenho 220,00	Saldo Atual 22.328,71
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	20	Blocos 100x1 frente e verso 15x21.	11,0000	220,00
02		Material para utilização no Hospital Municipal. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor 237 613 0004108-4	VALOR LIQUIDO	220,00
-----------------------------------	---------------	--------

<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)
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora

CRC PR 064907/Q-6

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

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



SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

BLOCOS/MATERIAL DE EXPEDIENTE PARA USO DOS MÉDICOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA.

Themis Francine
Diretora Depto. Adm.
Hospital Municipal de Pérola

Assinatura do Requerente (CARIMBO)