



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 005236.2021	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390301600 MATERIAL DE EXPEDIENTE
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00370
Conta	01475

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 27.09.21	Vencimento 27.10.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 380.000,00	Saldo Anterior 40.138,89	Valor do Empenho 225,00	Saldo Atual 39.913,89
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	10	Bloco de uso do Hospital 100x1	19,0000	190,00
02	1	Carimbo pequeno	35,0000	35,00
03		Referente aquisição de materiais de expediente para uso no Hospital Municipal, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	0004108-4	VALOR LIQUIDO	225,00
--------------	-----	-----	-----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 _____ CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
---	---	--

RECIBO

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

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



PÉROLA
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

BLOCO E CARIMBO/ MATERIAL DE EXPEDIENTE SOLICITADO PARA USO DO HOSPITAL MUNICIPAL.


Thémis Francine da Silva
02/09/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR
Assinatura do Requerente (CARIMBO)

