



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
004224.2021	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 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00370
Conta	02550

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				12.08.21	11.09.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
330.000,00	19.446,94	71,90	19.375,04

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Convertor de ferrugem TF7, 200ml.	11,8000	11,80
02	1	Coriarte esmalte automotivo Kraft, 1Lt.	35,8000	35,80
03	1	Tinta spray mundial preto brilhante.	17,5000	17,50
04	1	Compel rolo polipop 10cm c/ suporte.	6,8000	6,80
05		Material para utilização na reforma da balança do Hospital Municipal. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00008350-X	VALOR LIQUIDO	71,90
--------------	---	--------	------------	---------------	-------

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

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setenta e um 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: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO/RESTAURAÇÃO NA BALANÇA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA.

Themis Francine da Silva
Portaria Nº 029/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR


Assinatura do Requerente (CARIMBO)