



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
003610.2021	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 Conta 00370
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO Conta 01646
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03693 JOHNNY FELIPE CONTESINI DE OLIVEIRA
 Endereço RUA JOÃO DE BRITO 161 JARDIM PÚBLICA
 CNPJ/CPF 85.081.446/0001-40 Fone Cidade SÃO JOSE DOS PIN

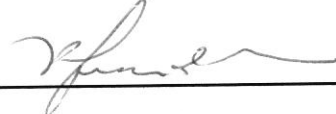
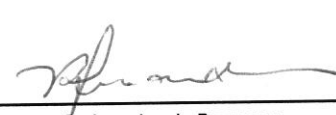

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				13.07.21	01.09.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
300.000,00	115.776,12	560,00	115.216,12

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REVELADOR RADIOLÓGICO 38L	375,0000	375,00
02	1	FIXADOR RADIOLÓGICO 38L.	185,0000	185,00
03		PRODUTOS DE USO EXCLUSIVO NO FUNCIONAMENTO DO APARELHO DE RAIOS-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3407-X	00100250-3	VALOR LIQUIDO	560,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	--------

<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 assinatura:  nome: _____ Data ___/___/___ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Vanessa da Silva Montev CRC-PR 064361/O-0 CPF 058.511.173-07
---	--	--

RECIBO

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

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



PÉROLA
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SÉRGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SE FAZ NECESSÁRIO COMPRA DIRETA DOS PRODUTOS DE USO EXCLUSIVO PARA O FUNCIONAMENTO DO APARELHO DE RAIOS X DE USO DIÁRIO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA/PR.

Themis Francine da Silva
Portaria N.º 029/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)