



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 003398.2021	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 TERCEIRO
 Desdobramento 3390391200 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03116 EUGENIO & MARQUES LTDA
 Endereço AV. BRASIL 1391 CENTRO
 CNPJ/CPF 01.600.153/0001-32 Fone (44) 3263-9390 Cidade IGUAARAÇU

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.06.21	Vencimento 30.07.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 546.541,00	Saldo Anterior 44.472,66	Valor do Empenho 1.500,00	Saldo Atual 42.972,66
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A LOCAÇÃO DE TUBO DE RAIOS X POR PERÍODO DE UM MÊS, PARA O FUNCIONAMENTO DO APARELHO DE RAIOS X DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.500,0000	1.500,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00107234-X	VALOR LIQUIDO	1.500,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

<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) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
---	---	---

RECIBO

CRC PR 064907/0-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil e quinhentos 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

FUNIONAMENTO correto do aparelho de RAIO X, o aparelho será substituído, mas até o processo ser realizado necessita desta locação para o hospital não ficar sem Raio X . Exame necessário para o Município para diagnóstico.

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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Themis", is written over the printed name and extends to the right across the signature line.