



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
002729.2021	00000	Ordinário	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 Conta 00378
 Desdobramento 3390391200 LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS Conta 02211
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

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


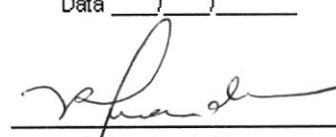

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				28.05.21	27.06.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
50.000,00	8.380,00	1.500,00	6.880,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ALUGUEL DE MAQUINA (TUBO DE RAIOS X) POR UM PERÍODO DE UM MÊS, PARA O FUNCIONAMENTO DO APARELHO DE RAIOS X DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITADO.	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 CRC PR 064907/O-6
--	---	--

RECIBO

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
Potência N° 029/2023
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Themis Francine da Silva", written over a horizontal line.