



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
000743.2021	00303	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
 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 IGUAUAÇU

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
 18.02.21 20.03.21

Valor Orçado 546.541,00 Saldo Anterior 366.535,02 Valor do Empenho 1.500,00 Saldo Atual 365.035,02

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ALUGUEL DE MAQUINA (TUBO DE RAIOS X) POR UM PERIODO DE UM MÊS, PARA O FUNCIONAMENTO DO APARELHO DE RAIOS X DO HOSPITAL MUNICIPAL . CONFORME SOLICITADO.	1.500,00	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) Oliveira CPF: PR-06.430708
---	---	--

RECIBO

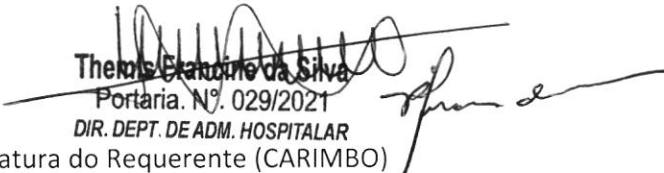
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil e quinhentos reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

FUNCIONAMENTO 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.


Theres Etacine da Silva
Portaria. N.º. 029/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR
Assinatura do Requerente (CARIMBO)