



**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 008423.2024	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO  
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 01703 CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP  
 Endereço RUA PICA-PAU 1.211 CENTRO  
 CNPJ/CPF 01.328.535/0001-59 Fone (43) 3275-3105 Cidade ARAPONGAS

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 27.11.24	Vencimento 27.12.24
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 345.000,00	Saldo Anterior 6.924,06	Valor do Empenho 1.547,00	Saldo Atual 5.377,06
----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	50	FENITOÍNA 50MG	4,8000	240,00
02	300	DIAZEPAN 10MG	1,5000	450,00
03	100	MORFINA 10MG	6,0000	600,00
04	50	CLORPROMAZINA 05MG	5,1400	257,00
05		REFERENTE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA USO NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	1.547,00
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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 _____ 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 quinhentos e quarenta e sete \*\* 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.

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Compra de medicamentos necessária pois não houve oferta e item se encontra deserto em licitação , medicamento de carrinho de emergência utilizado no pronto socorro em atendimento de urgência e emergência , buscando prestar um serviço seguro de atendimento ao público se faz necessária a compra. A contratação direta tem supedâneo no Decreto Municipal Nº 037, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2.024.

**Carlos Eduardo da Silva Poliszuk**  
Diretor do Dep. de Administração Hospitalar  
Portaria Nº 147/2024

Assinatura do Requerente (CARIMBO)