



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 006414.2020	Recurso 01019	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.122.0010.2.063.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 02275
 Desdobramento 3390302800 MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA Conta 02283
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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 27.11.20	Vencimento 27.12.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 262.691,78	Saldo Anterior 168.757,80	Valor do Empenho 990,00	Saldo Atual 167.767,80
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 40 CAIXAS DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS TRIPLA PROTEÇÃO PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL PARA PREVENÇÃO DO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	990,00	990,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	990,00
--------------	---	-------	------------	----------------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input checked="" 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 Comissão
---	---	---

RECIBO

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MATERIAL PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT DE ACORDO COM O DECRETO 4298/2020 DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, NA PANDEMIA DO COVID 19.

Eilton Silva
CORENIPR N° 385 661

Assinatura do Requerente (CARIMBO)