



**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
004868.2020	01024	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR  
 Fonte de Recursos 01024 Auxílio Financeiro para ações de Saúde A

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.09.20	08.10.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.507,75	9.649,25	731,22	8.918,03

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL E AMBULATÓRIO DO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO	731,22	731,22

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	731,22
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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 L. da Silva CPF: 024.407.05
--	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( setecentos e trinta e um reais e \*\*\*\*\* vinte e dois centavos\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



**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
004869.2020	01024	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390302800 MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA  
 Fonte de Recursos 01024 Auxílio Financeiro para ações de Saúde A

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.09.20	08.10.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.507,75	8.918,03	756,00	8.162,03

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MÁSCARAS D ALTA CONCENTRAÇÃO PARA USO INTERN DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL E AMBULATÓRIO DO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	756,00	756,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	756,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  CONTADOR(A) Juliana Lourenço de Oliveira
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( setecentos e cinquenta e seis 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, nº1.800 – 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 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT E AMBULATÓRIO DO COVID 19 DE ACORDO COM O DECRETO 4298/2020 DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ.

  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)