



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
004288.2020	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

Conta	02416
Conta	02452

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				11.08.20	10.09.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.507,75	10.257,25	160,00	10.097,25

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL PARA SER UTILIZADO NO HOSPITAL MUNICIPAL EM COMBATE AO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	160,00	160,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	160,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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
--	---	---

RECIBO

CRC PR - 0643070-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e sessenta 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



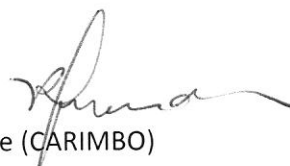
SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MATERIAL PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT
DE ACORDO COM DECRETO 4298/2020 DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANA, RELATIVO A
COVID 19.


Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)