



**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
004386.2020	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 Conta 02416  
 Desdobramento 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO Conta 02649  
 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				20.08.20	19.09.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.507,75	10.097,25	389,00	9.708,25

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL FARMACOLÓGICO PARA SER UTILIZADO EM PACIENTES SUSPEITOS E/OU CONTAMINADOS COM COVID-19, PELO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	389,00	389,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	<b>VALOR LIQUIDO</b>	389,00
--------------	---	-------	------------	----------------------	--------

<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  Juliana L. ... CONTADOR(A) CRC PR - 06.417/0-6
---	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( trezentos e oitenta e nove reais\*\*\*\*\* ) 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
004387.2020	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 Conta 02416  
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR Conta 02452  
 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

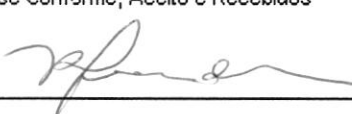


Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.08.20	19.09.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.507,75	9.708,25	59,00	9.649,25

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR PARA SER UTILIZADO EM PACIENTES SUSPEITOS E/OU CONTAMINADOS COM COVID-19, PELO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	59,00	59,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	59,00
--------------	---	-------	------------	---------------	-------

<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 da Oliveira CRC BR. 0401270
--	---	--

**RECIBO**

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

Data ____/____/____ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ 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 MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA UTILIZADOS EM PACIENTES SUPEITOS  
OU CONTAMINADOS COM COVID 19, DE ACORDO COM O DECRETO 4298/2020, DO GOVERNADOR DO  
ESTADO DO PARANÁ

  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Assinatura de Administração Hospitalar  
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)