



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 003740.2020	Recurso 01024	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

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

Conta 02416
Conta 02452

Credor 04356 INGA MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES LTDA
 Endereço ROD. OSVALDO PACHECO DE LACERDA 720 PARQ
 CNPJ / CPF 04.037.992/0003-44 Fone Cidade MARINGÁ

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 14.07.20	Vencimento 13.08.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 30.507,75	Saldo Anterior 28.307,75	Valor do Empenho 10.149,00	Saldo Atual 18.158,75
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE AVENTAIS CIRÚRGICOS PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL PARA ENFRENTAMENTO AO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	10.149,00	10.149,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00108142-X	VALOR LIQUIDO	10.149,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	-----------

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 Juliana Lourenço de Aguiar CONTADOR(A) CPF: _____
---	--	---

RECIBO CRC PR - 0640710-5

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dez mil cento e quarenta 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
003741.2020	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390397400 FRETES E TRANSPORTES DE ENCOMENDAS
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04356 INGA MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES LTDA
 Endereço ROD. OSVALDO PACHECO DE LACERDA 720 PARQ
 CNPJ / CPF 04.037.992/0003-44 Fone Cidade MARINGÁ

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				14.07.20	13.08.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
189.060,00	159.590,00	240,00	159.350,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE FRETE PARA AQUISIÇÃO DE AVENTAIS CIRÚRGICOS PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL PARA ENFRENTAMENTO AO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	240,00	240,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00108142-X	VALOR LIQUIDO	240,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input checked="" 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 CPF nº 064.90710-6
---	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e quarenta 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 AVENTAIS PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL *e Ambulatório*
MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, NO ENFRENTAMENTO AO COVID 19, DE ACORDO O
DECRETO 4298/2020, DO GOVERNO ESTADUAL.

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

R. Bittencourt

Assinatura do Responsável (CARIMBO)