



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 003207.2020	Recurso 00304	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE
 Desdobramento 4490524200 MOBILIÁRIO EM GERAL
 Fonte de Recursos 00304 Alienação de Bens da Saúde

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 24.06.20	Vencimento 24.07.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 52.070,00	Saldo Anterior 37.941,00	Valor do Empenho 1.750,00	Saldo Atual 36.191,00
---------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE SOFÁ-CAMA PARA DESCANSO DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL (DE ACORDO COM A RDC 165/2016), CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.750,00	1.750,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	1.750,00
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

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) CRL. PA - 00047106
---	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil setecentos e cinquenta 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 PAGAMENTO DE SOFÁ CAMA PARA DESCANSO DO S ENFERMEIROS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, DE ACORDO COM A RDC 165/2016.


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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)