



**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
002972.2020	00303	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 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04315 MEDICVEST CONFECOES LTDA  
 Endereço AV. PARANÁ 438 CENTRO  
 CNPJ / CPF 08.171.757/0001-50

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				29.05.20	28.06.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
220.000,00	25.916,50	3.000,00	22.916,50

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE AVENTAIS DESCARTÁVEIS PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL EM COMBATE AO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.000,00	3.000,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	00057446-7	VALOR LIQUIDO	3.000,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	----------

<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)
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( três mil 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: MATERIAL SOLICITADO PARA USO INTERNO DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SRRGIO BITTENCOURT, NO CONFLITO DA PANDEMIA DO COVID 19.

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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

