



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
002017.2020	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.122.0010.2.063.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302800 MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 01662 SCALCO & PEREIRA LTDA - EPP
 Endereço AV. PEROLA BYINGTON 777 CENTRO
 CNPJ/CPF 07.486.018/0001-94 Fone 3636-1792 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				16.04.20	16.05.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
44.042,11	24.457,11	400,00	24.057,11

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS DESCARTÁVEIS PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL, EM COMBATE AO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	400,00	400,00

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	400,00
--------------	---------------	--------

Declaramos que os <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 Contadora
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos 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 RELATIVO A COMPRA DE MASCARAS PARA USO INTERNO
DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT EM CONFLITO COM O COVID 19.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Caetano B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt