



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
001519.2020	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)

Conta	00341
Conta	02080

Credor 04342 WILIAN PAES GAZANO MERCADO  
 Endereço ROD. PR 182 74 B ZONA RURAL  
 CNPJ/CPF 34.217.654/0001-93 Fone Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				24.03.20	23.04.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	55.825,72	132,00	55.693,72

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MÁSCARAS D PROTEÇÃO PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL EM PREVENÇÃO A COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	132,00	132,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	132,00
--------------	---------------	--------

<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) CRC PR - 0643070-6
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cento e trinta e dois 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 MATERIAL PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, EM PROTEÇÃO A COVID 19.

  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Assistência Administrativa Hospitalar  
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)