

**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
007502.2021	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 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04501 CIRURGICA NOSSA SENHORA EIRELI  
 Endereço RUA PAVÃO 540 CENTRO  
 CNPJ/CPF 24.586.988/0001-80 Fone Cidade ARAPONGAS

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.12.21	19.01.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
502.772,09	24.369,02	5.254,50	19.114,52

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	150	Álcool etílico 70%.	9,0300	1.354,50
02	500	Escolpolamina, Dipirona, ampola.	7,8000	3.900,00
03		Mateirais serão utilizados no Hospital Municipal conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	7629-5	00028852-7	<b>VALOR LIQUIDO</b>	5.254,50
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) Contadora
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

**RECIBO**

CRC/PR 064307/O-6/

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cinco mil duzentos e cinquenta e \*\*\*\*\* quatro reais e cinquenta centavos\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Credor 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
007503.2021	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 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04501 CIRURGICA NOSSA SENHORA EIRELI  
 Endereço RUA PAVÃO 540 CENTRO  
 CNPJ/CPF 24.586.988/0001-80 Fone Cidade ARAPONGAS

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.12.21	19.01.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
502.772,09	19.114,52	491,40	18.623,12

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	10	Referente aquisição laminas de bisturi descartaveis, que serão utilizadas no Hospital Municipal conforme solicitação.	49,1400	491,40

**LIQUIDADO**

<b>Banco Credor</b>	1	7629-5	00028852-7	<b>VALOR LIQUIDO</b>	491,40
---------------------	---	--------	------------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Damiani de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR 064907/O-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quatrocentos e noventa e um reais e \*\* quarenta centavos\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ___/___/___.
-------------------------	---

Secretaria: Saúde

Divisão: Hospital municipal Raul Sergio Bittencourt

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Solicitaos a compra direta dos itens a cima pois os mesmos foram itens fracassados em tres processos licitatorios; todos os itens são de extrema necessidade para o funcionamento do hospital.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

