



**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
005037.2021	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 Conta 00370  
 Desdobramento 3390300400 GÁS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS Conta 01334  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02736 OXIPARANÁ COM. DE OXIGÊNIO LTDA - ME  
 Endereço RUA ARMANDO LUIZ BRETAS 2175 JD. SAN FER  
 CNPJ/CPF 14.785.842/0001-00 Fone (44) 3639-8717 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				24.09.21	24.10.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
380.000,00	44.738,89	4.600,00	40.138,89

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	31	Oxigênio medicinal 10M.	120,0000	3.720,00
02	4	Oxigênio medicinal 3M.	80,0000	320,00
03	8	Oxigênio medicinal 1M.	70,0000	560,00
04		Oxigênio para ser utilizado no Hospital Municipal na Ala Covid-19. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	180	0104614-4	VALOR LIQUIDO	4.600,00
--------------	-----	-----	-----------	---------------	----------

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

**RECIBO**

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

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



**PÉROLA**  
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE OXIGÊNIO MEDICINAL DE USO INTERNO E EXCLUSIVO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA, ALA COVID.

*Therese Brandão de Silva*  
Portaria. N.º 029/2021  
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)