



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
003178.2021	01019	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 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04529 TANATOS ARTIGOS FUNERARIOS EIRELI - ME
 Endereço AV. ADEMAR BORNIA 3919 CENTRO
 CNPJ/CPF 27.388.779/0001-10 Fone (44) 3264-4788 Cidade SARANDI

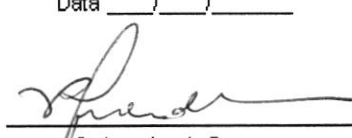
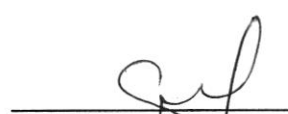
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				25.06.21	25.07.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
126.974,50	111.134,02	700,00	110.434,02

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE SACOS COBERTURA OBITO INFECTO CONTAGIOSO, PARA UTILIZAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL EM CASO ÓBITO POR COVID-19. CONFORME SOLICITAÇÃO.	700,0000	700,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1483-4	00069016-3	VALOR LIQUIDO	700,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RECIBO

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

Data: ____/____/____ Credor: _____

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco
 Data: ____/____/____.



SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

PARA USO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA EM CASO DE ÓBITO/COVID.

Themis Francine da Silva
Portaria. Nº. 029/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)