

**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
001765.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04488 M. C. E. VIEIRA EIRELI  
 Endereço AV. PARANÁ 6045 ZONA III  
 CNPJ/CPF 37.320.861/0001-67 Fone Cidade UMUARAMA

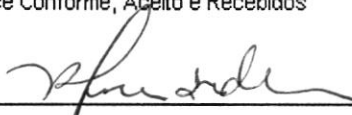
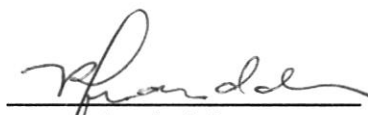
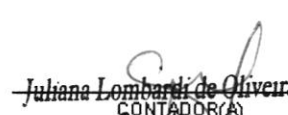
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.04.21	08.05.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
546.541,00	234.572,62	1.800,00	232.772,62

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE APARELHO RESPIRADOR UTILIZADO NA ALA COVID DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SÉRGIO BITTENCOURT. CONFORME SOLICITADO.	1.800,00	1.800,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	1.800,00
--------------	---------------	----------

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  Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) Contadora CRC PR 054907/O-6
--	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( um mil e oitocentos 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 SÉRGIO BITTENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

O APARELHO RESPIRADOR SE FAZ NECESSÁRIA A REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO URGENTE DO MESMO, DEVIDO A TERMOS APENAS UM APARELHO NO HOSPITAL/ MUNICIPIO E ESSE VIR A DAR SUPORTE AOS PACIENTES DA ALA COVID NESSE HOSPITAL. NÃO TENDO TEMPO HÁBIL PARA AQUISIÇÃO DE 3 ORÇAMENTOS PARA ANEXAR, POIS O PERICIADO SE FAZ A ENTREGA INFERIOR AO PERÍODO DE 24 HORAS.

Themis Francine da Silva  
Portaria N.º 028/2021  
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)

