



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
001253.2021	00000	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 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00369
Conta	01870

Credor 01703 CLASSMED - PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - EPP
 Endereço RUA PICA-PAU 1.211 CENTRO
 CNPJ/CPF 01.328.535/0001-59 Fone (43) 3275-3105 Cidade ARAPONGAS


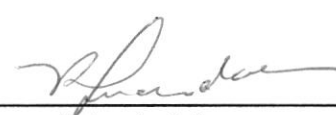

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.03.21	14.04.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
50.000,00	31.860,84	1.980,00	29.880,84

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 10 PORTA PALLET NAS MEDIDAS DE 1,20 X 1,00 X 0,15 ESTRUTURA PARA UTILIZAÇÃO NO ARMAZENAMENTO DO CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.980,00	1.980,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	1.980,00
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

<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 - 06.50728
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil novecentos e oitenta 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: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

PARA ARMAZENAMENTO ADEQUADO IMEDIATO NECESSÁRIO DE PRODUTOS HOSPITALARES NO C.A.F DO
HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA.

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

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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)