

**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
007981.2021	00000	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 Conta 00378
 Desdobramento 3390398203 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA DE RES Conta 02452
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 03177 SERVIOESTE SOLUÇÕES AMBIENTAIS LTDA
 Endereço VILA SÃO ROQUE SN
 CNPJ/CPF 03.392.348/0001-60 Fone 44 3028-6650 Cidade CHAPECÓ

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				31.12.21	30.01.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
488.680,85	57.025,27	3.249,27	53.776,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	258,5	Grupo A infectante.	10,2500	2.649,63
02	2,3	Grupo B químico.	10,2500	23,58
03	53,9	Grupo E.	10,2500	552,48
04	2,3	Grupo A2/A3/A5.	10,2500	23,58
05		Prestação de serviços para coleta, transporte e destinação final de resíduos sólidos, excedentes dos serviços de saúde do Hospital Municipal, sobre o período 01/11/2021 a 30/11/2021. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	321-2	00026308-7	VALOR LIQUIDO	3.249,27
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

<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) CRC-PR 064907/O-6
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (três mil duzentos e quarenta e nove ** reais e vinte e sete centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

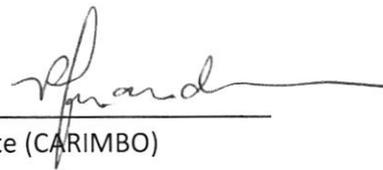
SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

O EXCEDENTE FOI DO PERÍODO DE 01/11/2021 A 30/11/2021 E SE JUSTIFICA PELO AUMENTO OCORRIDO DE DEMANDA DE EPI'S USADO DEVIDO A COVID SENDO QUE DURANTE O TRÂMITE DO PROCESSO DE LICITAÇÃO CONTINUAMOS COM A COLETA, SENDO ESSE SERVIÇO IMPRESCINDÍVEL E NÃO PODENDO SER INTERROMPIDO.

DATA: 31/12/2021

Themis Francine
Diretora Depto. Adm.
Hospital Municipal de Pérola



Assinatura do Requerente (CARIMBO)