

**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 003039.2019	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 00346  
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR Conta 01584  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03753 CIRURGICA ONIX - EIRELI - ME  
 Endereço R TOVACU 1220 VILA TRIANGULO  
 CNPJ/CPF 20.419.709/0001-33 Fone Cidade ARAPONGAS

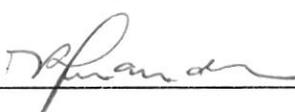
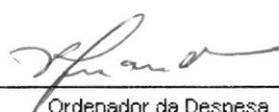
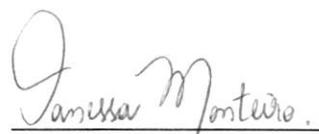
Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 21.05.19	Vencimento 20.06.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 399.150,01	Saldo Anterior 120.182,89	Valor do Empenho 2.256,01	Saldo Atual 117.926,88
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR PARA USO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.256,01	2.256,01

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00128852-0	<b>VALOR LIQUIDO</b>	2.256,01
--------------	---	-------	------------	----------------------	----------

<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  Janyssa Monteiro CONTADOR(A)
---	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( dois mil duzentos e cinquenta e seis reais e um centavo\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Credor: \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**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
003038.2019	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  
 Desdobramento 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00346
Conta	02318

Credor 03753 CIRURGICA ONIX - EIRELI - ME  
 Endereço R TOVACU 1220 VILA TRIANGULO  
 CNPJ/CPF 20.419.709/0001-33

Fone \_\_\_\_\_ Cidade ARAPONGAS

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				21.05.19	20.06.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
399.150,01	123.440,09	3.257,20	120.182,89

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAL FARMACOLÓGICO PARA USO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.257,20	3.257,20

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00128852-0	<b>VALOR LIQUIDO</b>	3.257,20
--------------	---	-------	------------	----------------------	----------

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

**RECIBO**

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Fornecedor (Razão Social): CIRURGICA ONIX	
CNPJ: 20.419.709/0001-33	Fone: (43) 3152-5250
Endereço: RUA TOVAÇU Nº 1220	ARAPONGAS - PR
DATA: 20/05/2019	
 Assinatura do Requerente (CARIMBO)	

<b>Secretaria de Administração e Fazenda</b>	
Visto:	
DATA: ___/___/___	
 Assinatura(CARIMBO)	

<b>Contabilidade</b>	
Recebi em: 21 / 05 / 19	
 Assinatura (CARIMBO)	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**  
CNPJ: 81.478.133/0001-70  
Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



<b>SECRETARIA: SAÚDE</b>
<b>DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT</b>

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE USO HOSPITALAR, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES ATÉ SEJA REALIZADA A LICITAÇÃO PARA HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)