



**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
006201.2020	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 Conta 02275  
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 02900  
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 03856 JULIANA MARCELINO DE OLIVEIRA FRANCISCO  
 Endereço RUA GURUCAIA 473 PARQUE DO BOSQUE  
 CNPJ/CPF 27.445.086/0001-12 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				26.11.20	26.12.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
262.691,78	168.757,80	2.610,00	166.147,80

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE DIVISÓRIAS PARA MONTAR UM LOCAL PARA OBSERVAÇÃO DE PACIENTES SUSPEITOS OU POSITIVOS DE COVID-19 NO ÂMBIT DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.610,00	2.610,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	00081574-6	VALOR LIQUIDO	2.610,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	----------

<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 Marcelino de Oliveira CONTADORIA
---	---	---

**RECIBO**

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

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

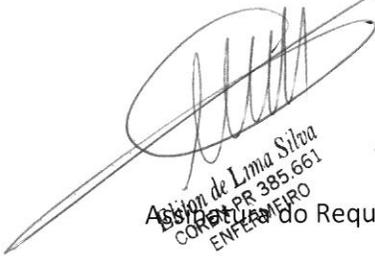


**SECRETARIA: SAÚDE**

**DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE DIVISÓRIAS PARA REALIZAR UM LOCAL PARA OBSERVAÇÃO DE PACIENTES  
SUSPEITOS OU POSITIVOS DE COVID 19, NO AMBITO DO HOSPITAL MUNICIPAAL DR. RAUL SERGIO  
BITTENCOURT, DE ACORDO COM DECRETO 4298/2020 DO GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

  
Assis de Lima Silva  
CPF: PR 385.661  
CORRETORETO ENFERMAGEM  
do Requerente (CARIMBO)

