



**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
002574.2020	00304	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 Desdobramento 4490524200 MOBILIÁRIO EM GERAL  
 Fonte de Recursos 00304 Alienação de Bens da Saúde

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				14.05.20	13.06.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
52.070,00	46.040,00	5.483,00	40.557,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 02 CAMAS LEITO PARA SEREM UTILIZADAS NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	5.483,00	5.483,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	5.483,00
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

<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) CPF: 364970-5
--	---	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cinco mil quatrocentos e oitenta e \*\*\* três reais\*\*\*\*\* ) 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
002575.2020	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 3390302000 MATERIAL DE CAMA, MESA E BANHO  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00341
Conta	02229

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				14.05.20	13.06.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	2.254,59	661,60	1.592,99

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 02 COLCHÃO HOSPITALARES PARA SEREM UTILIZADO NO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	661,60	661,60

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	359-X	00028852-7	VALOR LIQUIDO	661,60
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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 ( seiscentos e sessenta e um reais e \*\*\* sessenta centavos \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



**SECRETARIA: SAÚDE**

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

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE CAMA FLAWEY/ LEITO PARA COMPOR 21 LEITOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
Assinatura do Requerente  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt  
(CARIMBO)