



**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
002017.2020	00494	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 02166  
 Desdobramento 3390302800 MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA Conta 02180  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 01662 SCALCO & PEREIRA LTDA - EPP  
 Endereço AV. PEROLA BYINGTON 777 CENTRO Cidade PÉROLA  
 CNPJ/CPF 07.486.018/0001-94 Fone 3636-1792

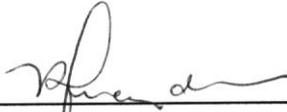
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				16.04.20	16.05.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
44.042,11	24.457,11	400,00	24.057,11

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS DESCARTÁVEIS PARA USO INTERNO DO HOSPITAL MUNICIPAL, EM COMBATE AO COVID-19, CONFORME SOLICITAÇÃO.	400,00	400,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	400,00
--------------	---------------	--------

Declaramos que os <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) Juliana Lombardi da Oliveira Contadora
--	---	--

**RECIBO**

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

Data ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	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 PAGAMENTO RELATIVO A COMPRA DE MASCARAS PARA USO INTERNO  
DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT EM CONFLITO COM O COVID 19.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

**Caetano B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt