



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 003972.2023	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta 00389
Conta 01827

Credor 04456 CIRURGICA PREMIUM DISTRIB. DE PRODUTOS HOSPITALARE
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4465 ZONA I
 CNPJ/CPF 34.479.558/0001-13 Fone Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.05.23	Vencimento 29.06.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 53.500,00	Saldo Anterior 22.439,29	Valor do Empenho 1.320,00	Saldo Atual 21.119,29
---------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	100	SORÓ FISIOLÓGICO 250 ML	6,5500	655,00
02	70	SORO FISIOLÓGICO 500 ML	9,5000	665,00
03		REFERENTE AQUISIÇÃO DE ITENS BÁSICOS PARA O FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00066194-5	VALOR LIQUIDO	1.320,00
--------------	---	-------	------------	----------------------	----------

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 _____ Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil trezentos e vinte 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 003973.2023	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303600 MATERIAL HOSPITALAR
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta 00389
Conta 01828

Credor 04456 CIRURGICA PREMIUM DISTRIB. DE PRODUTOS HOSPITALARE
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4465 ZONA I
 CNPJ/CPF 34.479.558/0001-13 Fone Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.05.23	Vencimento 29.06.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 53.500,00	Saldo Anterior 21.119,29	Valor do Empenho 83,04	Saldo Atual 21.036,25
---------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	2	AGULHA 40X12 C/ 100	14,7000	29,40
02	2	AGULHA 25X7 C/ 100	11,4200	22,84
03	2	AGULHA 20X5 C/ 100	15,4000	30,80
04		REFERENTE AQUISIÇÃO DE ITENS BÁSICOS PARA O FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00066194-5	VALOR LIQUIDO	83,04
--------------	---	-------	------------	---------------	-------

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

RECIBO

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

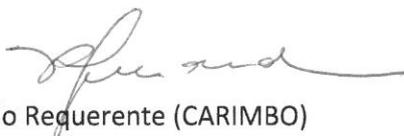
Data ____/____/____ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ____/____/____.
----------------------------	--

SECRETARIA: SAUDE
DIVISÃO: SECRETARIA DA SAUDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.

ITENS SÃO DESERTOS DE ULTIMA LICITAÇÃO E SÃO DE EXTREMA NECESSIDADE PARA O ATENDIMENTO AO PACIENTE DO HOSPITAL MUNICIPAL, NOVA ABERTURA DE LICITAÇÃO JÁ ESTA EM ANDAMENTO PARA QUE ITENS SEJAM LICITADOS E FACILITADOS PARA COMPRA.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)