



**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
004469.2023	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03849 JOSIMAR PEREIRA BAI0 95903305920  
 Endereço RUA ANTONIO GONZAGA 1260  
 CNPJ/CPF 27.239.371/0001-87 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				16.06.23	16.07.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
566.780,00	126.398,01	529,00	125.869,01

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	CAPA PARA COLCHÃO CORINO	180,0000	180,00
02	5	CAPA PARA TRAVESSEIRO CORINO	35,0000	175,00
03	29	BORDADOS PARA TOALHAS, COBERTOR E TRAVESSEIROS	6,0000	174,00
04		REFERENTE AQUISIÇÃO DE CAPAS PARA ENCAPAR COLCHÕES E TRAVESSEIROS DOADOS AO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	613-0	0002255-1	VALOR LIQUIDO	529,00
--------------	-----	-------	-----------	---------------	--------

<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 Lombardi de Oliveira Contadora CRCPR 064907/O-6
--	--	--

**RECIBO**

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

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Encapar colchão de uso de paciente que estava danificado, encapar travesseiros novos doados ao HMP e bordar toalhas e cobertores adquiridos pelo HMP. O valor da contratação se enquadra na dispensa de licitação conforme inciso II do art. 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e decreto nº 9.412/2018.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)