



**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
008720.2024	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.029.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390398000 HOSPEDAGENS  
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05095 PENSÃO DOIS IRMÃOS LTDA  
 Endereço R ITAQUATIARAS 774 SANTA CRUZ  
 CNPJ/CPF 45.942.256/0001-56  
 Fone 4599895288  
 Cidade Cascavel

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				04.12.24	03.01.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	9.017,79	2.750,00	6.267,79

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	22	REFÉRENTE DESPESA DE 22 DIÁRIAS (NOVEMBRO/2024) CONCEDIDAS EM PENSÃO PARA PACIENTE KEMILLY RAIANE CONRADO ARIGONI E ACOMPANHANTE, SENDO QUE A ADOLESCENTE ESTÁ EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO, COM BAIXA IMUNIDADE, E POR ORIENTAÇÕES MÉDICAS NÃO PODE FICAR EM ALOJAMENTO COLETIVO, E DEVE PERMANECER NA CIDADE DE CASCAVEL POR TEMPO INDETERMINADO DEVIDO AO RISCO DE COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO (RELATÓRIO MÉDICO EM		

**LIQUIDADO**

Banco Credor VALOR LIQUIDO

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Achem-se Conforme, Aceito e Recebidos	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
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( ) 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
008720.2024	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.029.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS  
 Desdobramento 3390398000 HOSPEDAGENS  
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05095 PENSÃO DOIS IRMÃOS LTDA  
 Endereço R ITAQUATIARAS 774 SANTA CRUZ  
 CNPJ/CPF 45.942.256/0001-56 Fone 4599895288 Cidade Cascavel

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento  
 04.12.24 03.01.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	9.017,79	2.750,00	6.267,79

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
		ANEXO), CONFORME SOLICITAÇÃO.	125,0000	2.750,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	710	036040-9	VALOR LIQUIDO	2.750,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	----------

<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	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
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____		

**RECIBO**

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

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



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
Divisão: Secretaria Municipal de Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Pagamento de diárias na pensão para paciente Kemilly Raiane Conrado Arrigoni e acompanhante, adolescente em tratamento oncológico pediátrico, com baixa imunidade não pode ficar em alojamento coletivo e orientações médicas de permanência na cidade de Cascavel por tempo indeterminado devido risco de complicações do tratamento (febre, lesões orais, sepsis e óbito). Conforme relatório médico, em anexo. Amparado pelo artigo 3º do Decreto Municipal 037/2024.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)