



**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 001057.2025	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 Conta 00474  
 Desdobramento 3390394800 SERVIÇOS DE SELEÇÃO E TREINAMENTO Conta 02655  
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 03106 CENTRO DE FORMAÇÃO DE CONDUTORES UMUARAMA LTDA  
 Endereço RUA MINISTRO OLIVEIRA SALAZAR 4730 ZONA  
 CNPJ/CPF 76.719.376/0001-12 Fone Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 14.02.25	Vencimento 16.03.25
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 700.000,00	Saldo Anterior 305.086,80	Valor do Empenho 1.250,00	Saldo Atual 303.836,80
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	5	CURSO DE RECICLAGEM DE TRANSPORTE COLETIVO	250,0000	1.250,00
02		REFERENTE PAGAMENTO DE CURSO DE RECICLAGEM PARA MOTORISTAS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor 341 2910 06773-1	<b>VALOR LIQUIDO</b> 1.250,00
----------------------------------	----------------------------------

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 duzentos e cinquenta 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 DR. RAUL SÉRGIO BITTENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Capacitar motoristas responsáveis por transportar pacientes para Umuarama e região, e por se tratar de uma formação obrigatória para estar apto para conduzir veículos de transporte coletivo que são usados no Hospital Municipal de Pérola. A contratação direta tem supedâneo no Decreto Municipal Nº 037, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2.024.

**Carlos Eduardo da Silva Połszuk**  
Diretor do Dep. de Administração Hospitalar  
Portaria Nº 147/2023

Assinatura do Requerente (CARIMBO)