



# 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
007570.2018	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00304  
 Desdobramento 3390396902 SEGUROS DE VEÍCULOS DA SAÚDE PÚBLICA Conta 02031  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 00906 PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS  
 Endereço AV RIO BRANCO 1489 CAMPOS ELISEOS Cidade SÃO PAULO  
 CNPJ/CPF 61.198.164/0001-60 Fone

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				28.11.18	28.12.18
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho		Saldo Atual	
167.000,00	202.414,08	4.766,41		197.647,67	

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE CONTRATAÇÃO DE SEGURO PARA VEÍCULO AMBULÂNCIA PLACA BAB-9404, DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL CONFORME SOLICITAÇÃO.	4.766,41	4.766,41

## LIQUIDADO

Banco Credor 1 3344-8 00003402-9 **VALOR LIQUIDO** 4.766,41

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(s). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A)
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

### RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatro mil setecentos e sessenta e seis reais e quarenta e um centavos \*\*\*\*\*) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 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: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Hospital

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Contratação de seguro de veículo.