



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 006190.2020	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

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

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

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 26.11.20	Vencimento 26.12.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 339.060,00	Saldo Anterior 177.255,39	Valor do Empenho 5.038,55	Saldo Atual 172.216,84
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PAGAMENTO DE RENOVAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO DA VAN DE PLACA BAB-9404 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	5.038,55	5.038,55

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3344-8	00003402-9	VALOR LIQUIDO	5.038,55
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

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 Lorenzoni de Oliveira _____ CRC PF CONTADOR(A)
--	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cinco mil e trinta e oito reais e **** cinquenta e cinco 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: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DO SEGURO DA VAN DE PLACA BAB - 9404 UTILIZADO
NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, UTILIZADA EM TRANSPORTE DE PACIENTES
COM ATENDIMENTOS ELETIVOS.

Eliton de Lima Silva
COREN-PR 385.661
ENFERMEIRO

[Handwritten Signature]
Assinatura do Requerente (CARIMBO)