



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
005385.2020	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
 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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.09.20	30.10.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
189.060,00	129.746,46	1.975,95	127.770,51

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE RENOVAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO DO VEÍCULO FORD KA DE PLAC BCL-4857 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.975,95	1.975,95

LIQUIDADO

Banco Credor	1	3344-8	00003402-9	VALOR LIQUIDO	1.975,95
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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 CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Carvalho CPF: _____
--	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil novecentos e setenta e cinco ** reais e noventa 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 DO FOR D KA DE PLACA BCL - 4857 UTILIZADO
NO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, UTILIZADA EM TRANSPORTE DE PACIENTES C/
ATENDIMENTOS ELETIVOS.


Claudete B. de A. Oliveira
Assessor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt

Requerente (CARIMBO)