



**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 003759.2020	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 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 02205 ELI M. DIAS - ME  
 Endereço AV DOUTOR ANGELO MOREIRA DA FONSECA 2526  
 CNPJ/CPF 00.269.742/0001-17 Fone 4436397511 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 14.07.20	Vencimento 13.08.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 189.060,00	Saldo Anterior 159.350,00	Valor do Empenho 3.000,00	Saldo Atual 156.350,00
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PAGAMENTO DE ESTADIA DA AMBULÂNCIA DE PLACA BCR-9G44 DO HOSPITAL MUNICIPAL, A QUAL ESTEVE AGUARDANDO NO GALPÃO DA EMPRESA PARA CONSERTO APÓS COLISÃO, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.000,00	3.000,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 180-5 00076658-5	VALOR LIQUIDO 3.000,00
--------------------------------------	---------------------------

Declaramos que os <input checked="" 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 Lourenço de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR - 06440710-5
---	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( três mil reais\*\*\*\*\* ) 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, n°1.800 – 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 DE ESTADIA DA AMBULÂNCIA DE PLACA BCR - 9G44, DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, PARA CONserto APÓS COLISÃO EM UMA CAIXA DE CONCRETO, MAS SEM SUCESSO DEVIDO A PANDEMIA.

  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Ass. Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)