



**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
002753.2021	00303	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 00379  
 Desdobramento 3390398203 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA DE RES Conta 00595  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03177 SERVIOESTE SOLUÇÕES AMBIENTAIS LTDA  
 Endereço VILA SÃO ROQUE SN  
 CNPJ/CPF 03.392.348/0001-60 Fone 44 3028-6650 Cidade CHAPECÓ

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				28.05.21	27.06.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
546.541,00	144.676,07	2.025,41	142.650,66

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA COLETA, TRANSPORTE E DESTINAÇÃO FINAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.025,4100	2.025,41

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	321-2	00026308-7	VALOR LIQUIDO	2.025,41
--------------	---	-------	------------	---------------	----------

<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)
--	---	--

**RECIBO**

*Juliana Lombardi de Oliveira*

Contadora

CRC PR 04497/0-1

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( dois mil e vinte e cinco 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

O EXCEDENTE SE JUSTIFICA PELO AUMENTO DE DEMANDA DE EPI'S USADO DEVIDO A PANDEMIA COVID.

Themis Francine da Silva  
Portaria, Nº: 029/2021  
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

---

Assinatura do Requerente (CARIMBO)