

**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
000754.2021	00303	Global	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 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

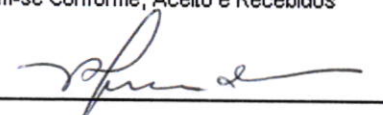


Credor 00906 PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS
 Endereço AV RIO BRANCO 1489 CAMPOS ELISEOS
 CNPJ/CPF 61.198.164/0001-60 Fone Cidade SÃO PAULO

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.02.21	21.03.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
546.541,00	364.945,02	4.257,70	360.687,32

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE APOLICE DE SEGURO DO VEÍCULO FIAT - NOVA DUCATO FURGÃO MULTI 2.3 16V PLACA: BEM-9F81 DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	4.257,70	4.257,70

Banco Credor	1	3344-8	00003402-9	VALOR LIQUIDO	4.257,70
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-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 L. ... CONTADOR(A) CPF: ...
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatro mil duzentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___ Credor: _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data: ___/___/___



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: Hospital

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Contratação de seguro de veículo Van de transporte de passageiros que será entregue pela SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESA/PR.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ruan de", written in a cursive style. To the left of the signature is a large, stylized, circular scribble or stamp.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)