



**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
001345.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00454  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01781  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04027 ROCHA CLINICA MEDICA EIRELI  
 Endereço RUA RIONEIRO JOSE VICENTE DA SILVA 664 J  
 CNPJ/CPF 29.338.107/0001-26 Fone (44) 99139-6663 Cidade MARINGA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				25.02.22	27.03.22
Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual		
650.000,00	464.927,47	18.000,00	446.927,47		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	6	Plantão simples (noturno).	1.440,0000	8.640,00
02	6	Plantão especial (fim de semana e feriado).	1.560,0000	9.360,00
03		Serviços médicos prestados no Hospital Municipal. Plantões realizados no período em que as empresas não estavam credenciadas no novo chamamento. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	84	2	000000094729-6	<b>VALOR LIQUIDO</b>	18.000,00
--------------	----	---	----------------	----------------------	-----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo		

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( dezoito mil reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	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: Secretaria Municipal de Saúde

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL Dr. RAUL SÉRGIO BENTENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Nesse mês (fevereiro) abriu o NOVO CHAMAMENTO e não houve credenciamento de empresa, no período de 1º a 21 desse mês, e devido a necessidade de manter o Hospital com atendimento no regime de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, se faz necessário a contratação direta de médicos plantonista para suprir esta necessidade.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)