

**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
007129.2024	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.029.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390398000 HOSPEDAGENS
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05095 PENSÃO DOIS IRMÃOS LTDA
 Endereço R ITAQUATIARAS 774 SANTA CRUZ
 CNPJ/CPF 45.942.256/0001-56
 Fone 4599895288
 Cidade Cascavel

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.10.24	02.11.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	16.007,79	2.500,00	13.507,79

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	20	REFERENTE DESPESA DE 20 DIÁRIAS (SETEMBRO/2024) CONCEDIDAS EM PENSÃO PARA PACIENTE KEMILLY RAIANE CONRADO ARIGONI E ACOMPANHANTE, SENDO QUE A ADOLESCENTE ESTÁ EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO, COM BAIXA IMUNIDADE, E POR ORIENTAÇÕES MÉDICAS NÃO PODE FICAR EM ALOJAMENTO COLETIVO, E DEVE PERMANECER NA CIDADE DE CASCAVEL POR TEMPO INDETERMINADO DEVIDO AO RISCO DE COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO (RELATÓRIO MÉDICO EM		

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO
--------------	---------------

Declaramos que os <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 _____ Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
---	---	--

RECIBO

Declaro(am) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de () e pela qual dou(am) plena e irrevogável quitação.

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



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
007129.2024	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.029.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390398000 HOSPEDAGENS
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05095 PENSÃO DOIS IRMÃOS LTDA
 Endereço R ITAQUATIARAS 774 SANTA CRUZ
 CNPJ/CPF 45.942.256/0001-56 Fone 4599895288 Cidade Cascavel

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.10.24	02.11.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	16.007,79	2.500,00	13.507,79

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
		ANEXO), CONFORME SOLICITAÇÃO.	125,0000	2.500,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	710	036040-9	VALOR LIQUIDO	2.500,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	----------

<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 _____ Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil e quinhentos reais*****) 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: Secretaria Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Pagamento de diárias na pensão para paciente Kemilly Raiane Conrado Arrigoni e acompanhante, adolescente em tratamento oncológico pediátrico, com baixa imunidade não pode ficar em alojamento coletivo e orientações médicas de permanência na cidade de Cascavel por tempo indeterminado devido risco de complicações do tratamento (febre, lesões orais, sepsis e óbito). Conforme relatório médico, em anexo. Amparado pelo artigo 3º do Decreto Municipal 037/2024.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)