



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 |
| 007899.2024 | 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 TERCEIROS
 Desdobramento 3390398000 HOSPEDAGENS
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05095 PENSÃO DOIS IRMAOS 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 | | | | 06.11.24 | 06.12.24 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 80.000,00 | 12.717,79 | 3.250,00 | 9.467,79 |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|---|----------------|-------------|
| 01 | 26 | REFERENTE DESPESA DE 26 DIÁRIAS (OUTUBRO/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

| | | |
|--|---|--|
| <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 () e pela qual dou(amos) 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 |
| 007899.2024 | 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 TERCEIROS
 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 | | | | 06.11.24 | 06.12.24 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 80.000,00 | 12.717,79 | 3.250,00 | 9.467,79 |

| | | | | |
|------|--------|-------------------------------|----------------|-------------|
| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
| | | ANEXO), CONFORME SOLICITAÇÃO. | 125,0000 | 3.250,00 |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|----------|---------------|----------|
| Banco Credor | 748 | 710 | 036040-9 | VALOR LIQUIDO | 3.250,00 |
|--------------|-----|-----|----------|---------------|----------|

| | | |
|--|---|--|
| 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(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (três mil duzentos e cinquenta 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)

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Rafael", written over a horizontal line.