**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANÁ**

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
003180.2025	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI
Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 05132 CLINITRON - ENGENHARIA CLINICA LTDA
Endereço AV. CELSO GARCIA CID 1517 CENTRO
CNPJ / CPF 35.372.400/0001-02 Fone (43) 991024173 Cidade LONDRINA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
15.05.25 14.06.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
163.000,00	156.249,83	164,00	156.085,83

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	BATERIA 6V	138,0000	138,00
02	1	BOTÃO LIGA/DESLIGA	26,0000	26,00
03		REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DA BALANÇA UTILIZADA NA LAVANDERIA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor 104 1284 00000003797-7 VALOR LIQUIDO 164,00

Declaramos que os ☐ Serviços Foram Prestados
☐ Materiais Foram Entregues
☐ Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s)
acima discriminada(s).

Data ____/____/____

Encarregado do Serviço

assinatura:

nome:

Ordenador da Despesa

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

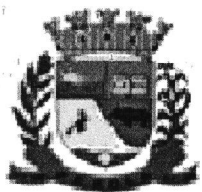
Data ____/____/____ cargo

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e sessenta e quatro reais*****
*****) 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 PARANÁ**

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
003181.2025	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 00474

Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 01984

Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05132 CLINITRON - ENGENHARIA CLINICA LTDA

Endereço AV. CELSO GARCIA CID 1517 CENTRO

CNPJ/CPF 35.372.400/0001-02

Fone (43) 991024173

Cidade LONDRINA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.05.25	14.06.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
700.000,00	148.075,97	800,00	147.275,97

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA MANUTENÇÃO DA BALANÇA UTILIZADA NA LAVANDERIA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	800,0000	800,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	1284	00000003797-7	VALOR LIQUIDO	800,00
--------------	-----	------	---------------	---------------	--------

Declaramos que os ☐ Serviços Foram Prestados
☐ Materiais Foram Entregues
☐ Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s)
acima discriminada(a).

Data ____/____/____

Encarregado do Serviço

Assinatura: _____

nome: _____

Ordenador da Despesa

Data ____/____/____

cargo

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora CRC PR 064907/O-6**RECIBO**

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

Data ____/____/____

Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco

Data ____/____/____





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Balança da lavanderia do Hospital Municipal apresenta defeitos, sendo necessário o conserto, pois se trata de um item imprescindível, exigido em relatório de inspeção realizada pela VISA 12ª Regional de Saúde Umuarama realizada no Hospital nos dias 25/28/29-11 e 02-12 de 2024, item este que deve sempre estar em ótimas condições de uso, pois é utilizado para a pesagem de materiais usados no atendimento ao público, buscando estar de acordo com a VISA da 12ª Regional de Saúde de Umuarama-PR se faz necessária a contratação e realização do serviço acima solicitado. A contratação direta tem supedâneo no Decreto Municipal Nº 037, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2.024 ART 3º inciso VIII c/c art 5º § 1.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)