

**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
005298.2025	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

Conta 00465

Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI

Conta 03771

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.08.25	14.09.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
143.000,00	30.278,32	318,00	29.960,32

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	BRAÇADEIRA COMPLETA SOFT		
		EMBORRACHADA COM MANGUITO	138,0000	138,00
02	1	EXTENSOR PNI COM CONECTORES	180,0000	180,00
03		REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA		
		MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA		
		DO APARELHO MONITOR		
		MULTIPARAMÉDICO DE USO DO HOSPITAL		
		MUNICIPAL DR. RAUL SÉRGIO		
		BITTENCOURT, CONFORME SOLICITAÇÃO		
		DE EMPENHO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	104	1284	0000000003797-7	VALOR LIQUIDO	318,00
--------------	-----	------	-----------------	---------------	--------

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 ____/____/____

Assinatura: _____

nome: _____

Ordenador da Despesa

Data ____/____/____

cargo

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 (trezentos e dezoito 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
005299.2025	00000	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 TERCEIROS Conta 00473

Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 03772

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.08.25	14.09.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
230.000,00	202.902,04	350,00	202.552,04

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE MÃO DE OBRA TÉCNICA PARA MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA DO APARELHO MONITOR MULTIPARAMÉDICO DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SÉRGIO BITTENCOURT, CONFORME SOLICITAÇÃO DE EMPENHO.	350,0000	350,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	1284	0000000003797-7	VALOR LIQUIDO	350,00
--------------	-----	------	-----------------	---------------	--------

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: _____

Ordernador 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 (trezentos e cinquenta reais*****
*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Data ____/____/____.

Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS E SERVIÇO, PARA MANUTENÇÃO CORRETIVA E PREVENTIVA DO MONITOR MULTIPARAMÉDICO, EQUIPAMENTO ESSE DE USO INDISPENSÁVEL NO AMBIENTE HOSPITALAR.

A despesa tem embasamento no artigo 3º, inciso VIII, e artigo 5º do Decreto 037, de 23 de Fevereiro de 2024.


Osvaldo Candido de Mello
Diretor de Administração
Hospitalar

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

