



**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 004078.2021	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00378  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J Conta 02213  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04437 ERICA SOBRAL DO VALE 05207523929  
 Endereço RUA ELPIDIO MARTINS ROCHA 198 RESIDENCIA  
 CNPJ/CPF 35.368.275/0001-67 Fone Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.07.21	Vencimento 29.08.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 310.000,00	Saldo Anterior 261.723,00	Valor do Empenho 250,00	Saldo Atual 261.473,00
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Prestação de serviços em transporte (guincho) da cidade de Pérola-PR para a cidade de Umuarama-PR, para o veículo Ambulância Renaut Master, placa: BAK-8632, devido a problemas mecânicos. Conforme solicitação.	250,0000	250,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	085323-1	VALOR LIQUIDO	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 Contadora
---	---	--

**RECIBO**

CRC PR 064907/O-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (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: MUNICIPAL DE SAÚDE  
Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR RAUL SÉRGIO BITENCOURTH.

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Dispensa de Licitação por Valor, cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II  
Devido a necessidade do serviço de guincho e por não atingir o valor de licitação

DATA: 30/07/2021

Themis Francine da Silva  
Portaria N.º 029/2021  
DIR. DEPT. DE SERVIÇOS HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)