



COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Rua General Carneiro, nº 181 - Bairro Alto da Glória  
Curitiba-PR, CEP 80060-900  
- <http://chc-ufpr.ebserh.gov.br>

Ordem de Serviço ou de Fornecimento de Bens - SEI nº 59/2025/UPDE/SAFS/DLIH/GAD/CHC-UFPR-EBSERH  
Processo nº 23759.030175/2025-41

EDITAL

ANEXO 3 - ORDEM DE FORNECIMENTO OU NOTA DE EMPENHO

IDENTIFICAÇÃO

|                     |                                                        |
|---------------------|--------------------------------------------------------|
| Licitação nº        | PE nº XX/20XX - (Processo SEI nº XXXXX.XXXXXX/XXXX-XX) |
| Unidade contratante | CHC-UFPR - UASG 155902                                 |
| Nota de Empenho nº  | (20XXNE000XXX)                                         |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Contratada        |  |
| CNPJ              |  |
| Endereço          |  |
| E-mail / Telefone |  |

1. ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

| Item  | Descrição | Qtde. | Valor unit. | Valor total   |
|-------|-----------|-------|-------------|---------------|
| XX    |           | XX    | XX          | R\$ xx.xxx,xx |
| XXX   |           | XXX   | XXX         | R\$ xx.xxx,xx |
| XXXX  |           | XXXX  | XXXX        | R\$ xx.xxx,xx |
| XXXXX |           | XXXXX | XXXXX       | R\$ xx.xxx,xx |
| TOTAL |           |       |             | R\$ xx.xxx,xx |

2. INSTRUÇÕES COMPLEMENTARES

|                            |                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prazo para entrega         | O prazo de entrega dos bens é de XX dias corridos, contados a partir da emissão da nota da Ordem de Fornecimento conforme item XX <b>do Termo de Referência</b> . |
| Data prevista para entrega | XX de XXXXXXX de 20XX [excluir data de envio e incluir data final, prorrogando-se ao próximo dia útil em caso de feriados ou finais de semana]                    |

|                      |                                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------|
| Local de entrega     |                                                      |
| Horário de entrega   | XX:XX às XX:XX, conforme edital                      |
| Contato para entrega | xxx-xx-xxx@/ - Telefones: (41) ..... conforme edital |

Assinatura do Responsável

OU

MODELO NOTA DE EMPENHO

CHC-UFPR NOTA DE EMPENHO PAG.: 1

XXXXXX NUMERO SIAFI: 2024/XXXXX DATA EMISSAO: XX/XX/202X 15:57 XX/XX/25

EMITENTE: 155902/15232 - HOSPITAL DE CLINICAS DA UFPR

C.N.P.J.15.126.437/0024-30

ENDEREÇO : RUA GENERAL CARNEIRO 181 - CENTRO - CURITIBA (PR) CEP:80060-150

TELEFONE: (041) 3360 1851

Ordem de Serviço ou de Fornecimento de Bens - SEI 59 (52493568)

SEI 23759.030175/2025-41 / pg. 1

FORNECEDOR : CNPJ XXXXXXXXXXXXXXXX NOME EMPRESA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ENDEREÇO : RUA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,XXX

CIDADE XXXXXXXX - BAIRRO XXXXXXXX CEP XXXXXX ESTADO XX TELEFONE : XXXXXXXXXXXXXXXX

EMAIL: XXXXXXXXXXXXXXXX@XXXX.COM.BR

EVENTO -

REF.DISPENS.: XXX/2024

PROCESSO : XXXXXXXX/XXXX-XX

LICITACAO : X -

EMPENHO : X - XXXXXXXX

MODALIDADE : X - XXXXXXXX

UF BENEF.: XX

ORIGEM : X - XXXXXXXX

ACORDO : XXXXXX XXXXX.XX.XX XXXXXX

ITEM DESCRICAO -----

xxxxxxx XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

MARCA:

FABRICANTE:

UNIDADE MEDIDA:

CATMAT :

PRZ.ENT.: 10 DIAS CORRIDOS

CONTROLE POR LOTE

QTD:

PR.UNIT: XXXXX

TOTAL: XXXX,XX -----

TOTAL DO EMPENHO: XXX,XX (\*\*\*\*\*)

OBSERVACOES DO EMPENHO

40 - OBSERVACOES -----

Nota de Empenho não impressa nos termos da I.N. no. 12 - STN de 25/08/89

Assinatura do Emitente

Assinatura do Ordenador da Despesa

\*\*\*\*\* L O C A L D E E N T R E G A \*\*\*\*\*

RUA PADRE CAMARGO, S/NO. - FUNDOS DO HOSPITAL DE CLINICAS - FONE/FAX: 360-1835



Documento assinado eletronicamente por **Katia Loana Carolino Rodrigues, Analista Administrativo**, em 10/09/2025, às 09:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Pudeulko, Técnico(a) em Farmácia**, em 10/09/2025, às 15:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Fortino Verdan Da Silva, Biomédico(a)**, em 10/09/2025, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANA LUIZA CAMPOS BUFFARA, Chefe de Unidade**, em 10/09/2025, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **52493568** e o código CRC **9C646F40**.

