



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 005464.2016	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391903 SERVICOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03323 M. D. CORREA - AUTO CENTER - ME
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 718 CENTRO
 CNPJ/CPF 23.240.448/0001-88 Fone 3636-2969 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 06.10.16	Vencimento 05.11.16
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 285.728,71	Saldo Anterior 19.038,60	Valor do Empenho 170,00	Saldo Atual 18.868,60
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVICO DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO E CMBAGEM, PARA MANTER A AMBULANCIA COM A PLACA BAB-9404 EM FUNCIONAMENTO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL, CONFORME SOLICITACAO.	170,00	170,00

LIQUIDADO

Banco Credor 726 726 40557-8	VALOR LIQUIDO	170,00
---------------------------------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____	<p style="text-align: right;"><i>Luciana Ap.ª da Silva</i> CPF 000.451.789-08 Encarregada do Serviço</p> <hr/> <p style="text-align: center;">CONTADOR(A) <i>Juliana Lombardi de Oliveira</i> Contadora CRC PR - 06490710-6</p>
assinatura: <i>[assinatura]</i> nome: ANGELA GUANDALIN Data ____/____/____ cargo	assinatura: <i>[assinatura]</i> nome: ANGELA GUANDALIN Ordenador da Despesa	

RECIBO

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

Data ____/____/____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor 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 005465.2016	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVICOS DE MANUTENCAO E CONSER
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03323 M. D. CORREA - AUTO CENTER - ME
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 718 CENTRO
 CNPJ/CPF 23.240.448/0001-88 Fone 3636-2969 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 06.10.16	Vencimento 05.11.16
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 285.728,71	Saldo Anterior 18.868,60	Valor do Empenho 150,00	Saldo Atual 18.718,60
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVICIO DE DESENTORTADO RODA E CASTER, PARA MANTER A AMBULANCIA COM A PLACA BAB-9404 E FUNCIONAMENTO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL, CONFORM SOLICITACAO.	150,00	150,00
LIQUIDADO				

Banco Credor	726	726	40557-8	VALOR LIQUIDO	150,00
--------------	-----	-----	---------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) Contadora CRC PR-064907/O-6
assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e cinquenta 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

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:
Divisão:

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

DISPENSA DE LICITAÇÃO POR VALOR
ART Nº 24 INCISO II DA LEI Nº 8666/93

SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA MANTER AS AMBULÂNCIAS EM
FUNCIONAMENTO E ATENDER AS NECESSIDADES DOS
PACIENTES.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Claudete B. de A. Oliveira
Chefe de Divisão
Serviços Hospitalares
Hospital Mun. Dr. Raül Sérgio Bittencour