

**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 006894.2017	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 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

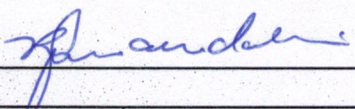
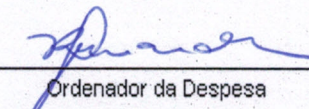
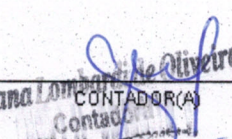
Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 01.12.17	Vencimento 31.12.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 140.000,00	Saldo Anterior 1.196,49	Valor do Empenho 200,00	Saldo Atual 996,49
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO E CAMBAGEM DA AMBULANCIA VAN BAB 9404, CONFORME SOLICITACAO.	200,00	200,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 748 726 40557-8	<b>VALOR LIQUIDO</b>	200,00
---------------------------------	----------------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-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 de Oliveira CONTADOR(A) Contador
---	---	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( duzentos 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 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 006893.2017	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 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 01.12.17	Vencimento 31.12.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 140.000,00	Saldo Anterior 1.106,49	Valor do Empenho 150,00	Saldo Atual 956,49
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVICO DE MANUTENCAO DA AMBULANCIA VAN BAB 9404, CONFORME SOLICITACAO	150,00	150,00

Banco Credor 748 726 40557-8	<b>VALOR LIQUIDO</b>	150,00
---------------------------------	----------------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lourenço de Oliveira CONTADOR(A) Contador CRC PR - 06490710-6
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 ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	Data ____/____/____



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

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

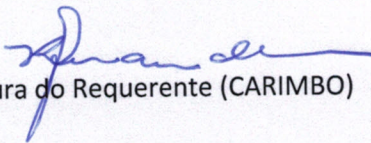


Secretaria: SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: MATERIAL SOLICITADO PARA CONSERTO DA AMBULÂNCIA VAN AZUL BAB -9404 DO  
DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIOPITTENCOURT, PARA SUPRIR A NECESSIDADES DOS  
PACIENTES.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)

