



**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 007050.2017	Recurso 00000	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 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

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 11.12.17	Vencimento 10.01.18
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 221.600,00	Saldo Anterior 20.392,62	Valor do Empenho 310,00	Saldo Atual 20.082,62
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVICOS DE ALINHAMENTO E BALANCIAMENTO QUE SERAO RALIZADOS NO VEICULO AMBULANCIA D USO DA SECRETARIA DE SAUDE, CONFORME SOLICITACAO.	310,00	310,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 748 726 40557-8	<b>VALOR LIQUIDO</b>	310,00
---------------------------------	----------------------	--------

<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 CONTADOR(A)
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

**RECIBO**

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

Data ___/___/___	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco
Credor	Data ___/___/___



CNPJ: 81.478.133/0001-70

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



Secretaria: SAÚDE  
Divisão:

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Compra de maneira direta conforme previsto na Lei 8.666/93, Art.24.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)