



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 004895.2017	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)

Conta 00262
 Conta 01864

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 06.09.17	Vencimento 06.10.17
Valor Orçado 206.600,00	Saldo Anterior 66.164,16	Valor do Empenho 350,00	Saldo Atual 65.814,16		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A PRESTACAO DE SERVICOS DE ALINHAMENTO E BALANCEAMENTO NO VEICULO BAB-9404, CONFORME SOLICITACAO.	350,00	350,00

LIQUIDADO

Banco Credor 726 726 40557-8 **VALOR LIQUIDO** 350,00

Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Assinatura: *[Signature]*
 nome: _____
 Data: ___/___/___ cargo

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).
 Data ___/___/___
[Signature]
 Ordenador da Despesa

Encarregado do Serviço

[Signature]
 CONTADORA
 Juliana Lombardi de Oliveira
 Contadora
 CRC PR - 08490710-6

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos 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

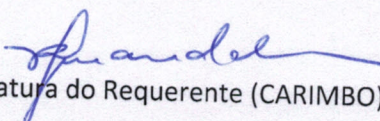


Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE

Divisão: HOSPIUTAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SERVIÇO PRESTADO NA VAN AZUL PLACA BAB - 9404, POR NECESSIDADE PARA
SERVIR OS MUNÍCIPIES.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)

