



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	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
003144.2017	00000	Ordinario	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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				09.06.17	09.07.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
240.000,00	165.158,00	240,00	164.918,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVICOS DE ALINHAMENTO E BALANCEAMENTO DO VEICULO AYJ-1582, CONFORME SOLICITACAO.	240,00	240,00

LIQUIDADO

Banco Credor	726	726	40557-8	VALOR LIQUIDO	240,00
--------------	-----	-----	---------	----------------------	--------

<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 ___/___/___	Encarregado do Serviço _____ Juliano Mourão de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR - 148070-4
assinatura : _____ nome : ROSÂNGELA GUANDALIN cargo : Secretária Municipal de Saúde	_____ ROSÂNGELA GUANDALIN Secretária Municipal de Saúde	

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e quarenta 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:

Divisão:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO PARA VAN VERDE 1 DE PLACA 1582, PARA ATENDER AS NECESSIDADES COM AGILIDADE AOS PACIENTES

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

ROSÂNGUELA GUANDALINI
Secretaria Municipal de Saúde