



**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 003227.2017	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade 01 Departamento de Saude

Dotação 10.301.0010.2.018.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO

Desdobramento 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENCAO DE VE

Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	00213
Conta	01325

Credor 00123 AUTORAMA AUTOMOVEIS UMUARAMA LTDA.

Endereço AV. TIRADENTES 1930 JARDIM PARAISO

CNPJ/CPF 76.350.115/0001-78

Fone

Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 14.06.17	Vencimento 14.07.17
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 172.030,00	Saldo Anterior 55.913,62	Valor do Empenho 292,00	Saldo Atual 55.621,62
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE PECAS DIVERSAS A SEREM UTILIZADAS NA SECRETARIA DE SAUDE, VEICULO PLACAS 9405, CONFORME SOLICITACAO	292,00	292,00

**LIQUID ADC**

Banco Credor	237	180-5	26527-6	<b>VALOR LIQUIDO</b>	292,00
--------------	-----	-------	---------	----------------------	--------

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

**RECIBO**

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

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



Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE  
Divisão: PSF - Clínica Pérola GOL PLACA BAB 9405

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Dispensa de Licitação por Valor, cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II

Rosângela Guimarães  
Secret. Mun. de Saúde de Pérola  
Data: 02/07/2013  
Folha 001-1

Assinatura do Requerente (CARIMBO)