



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
007109.2018	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00802 AILTON HILARIO OFICINA - ME
 Endereço AV DONA PROLA BYINGTON 571 CENTRO
 CNPJ / CPF 02.829.304/0001-91 Fone 3636-1711 Cidade PÉROLA

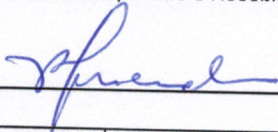
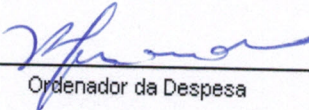
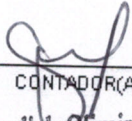
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				12.11.18	12.12.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
107.000,00	46.367,34	50,00	46.317,34

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVIÇOS DE ARRANQUE NO UNO AWG 5661, CONFORME SOLICITAÇÃO.	50,00	50,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00010871-5	VALOR LIQUIDO	50,00
--------------	---	--------	------------	---------------	-------

<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 assinatura:  nome: _____ Data: ___/___/___ cargo: _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____  CONTADOR(A)
--	--	---

RECIBO

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora

Declaro(am) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cinquenta reais ** CRCPR *084987406*) e pela qual dou(am) 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: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

FINALIDADE: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PARA SERVIÇO DE CARRO COM NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)