



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 002834.2018	Recurso 00495	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00266
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 02265
 Fonte de Recursos 00495 ATENÇÃO BÁSICA

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 02.05.18	Vencimento 24.10.18
Valor Orçado 1.440,00	Saldo Anterior 239.887,94	Valor do Empenho 350,00	Saldo Atual 239.537,94		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REVISÃO DO VEÍCULO GOL PLACA BAB-9405, CONFORME SOLICITAÇÃO.	350,00	350,00
			<i>Amulada</i>	<i>172,08</i>

LIQUIDADO

Banco Credor 237 180-5 26527-6 VALOR LIQUIDO 177,92

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

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).

Data ___/___/___

Encarregado do Serviço

Assinatura: *[Signature]*
 nome: _____

[Signature]
 Ordenador da Despesa

[Signature]
 Juliana Lombardi de Oliveira
 CONTADOR(A)
 CRC PR - 06/90710-6

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 ___/___/___ Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco
 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 Municipal de Saúde
DIVISÃO: UAP Sivanildes

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Revisão no Veículo Gol placa BAB-9405