



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
000298.2018	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 3390391903 SERVIÇOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03225 BOLANHO PNEUS LTDA
 Endereço AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4505 CENTR
 CNPJ/CPF 00.105.359/0005-57 Fone 44-3639-4154 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				29.01.18	28.02.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
107.000,00	55.723,14	100,00	55.623,14

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVIÇOS DE ALINHAMENTO E BALANCEAMENTO QUE SERÃO REALIZADOS NA AMBULÂNCIA PLACA BAK-8638, DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	100,00	100,00

LIQUIDADA

Banco Credor	104	569	001408-6	VALOR LIQUIDO	100,00
--------------	-----	-----	----------	----------------------	--------

<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	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	 Encarregado do Serviço CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora 064907/O-6
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cem 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, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria: SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: BALANCEAMENTO E ALINHAMENTO SOLICITADO PARA A AMBULÂNCIA VERDE DE PLACA
BAK 8638, DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, SENDO A MAIS NOVA E MAIS
USADA PARA VIAGENS DE LONGA DISTÂNCIA.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)