

**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 |
| 006172.2019       | 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 Conta 00357  
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 01682  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00168 UMUARAMA DIESEL LTDA.  
 Endereço ROD. PR 323 - CX P. 501  
 CNPJ/CPF 81.833.527/0001-07 Fone (044) 3622-474 Cidade UMUARAMA

|                  |        |             |          |          |            |
|------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação        | Número | Solicitação | Contrato | Emissão  | Vencimento |
| Dispensa por Lim |        |             |          | 11.10.19 | 10.11.19   |

|              |                |                  |             |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 876.000,00   | 90.166,47      | 45,00            | 90.121,47   |

| Item | Quant. | Especificação   | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|---|----------------|-------------|
| 01   | 1      | REFERENTE SERVIÇO DE TROCA DE PEÇ (LÂMPADA) DA AMBULÂNCIA DE PLACA BCP-0961, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO. | 45,00          | 45,00       |

**LIQUIDADO**

|              |   |       |            |               |       |
|--------------|---|-------|------------|---------------|-------|
| Banco Credor | 1 | 645-9 | 00002025-7 | VALOR LIQUIDO | 45,00 |
|--------------|---|-------|------------|---------------|-------|

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados<br><input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues<br><input type="checkbox"/> Obra Executada<br>Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos<br>assinatura:<br>nome: _____<br>Data: ___/___/___ cargo: _____ | Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).<br>Data: ___/___/___<br><br>Ordenador da Despesa | Encarregado do Serviço<br><br>Juliana Lourenço de Oliveira<br>CONTADOR(A)<br>CRC PR 06407/O-5 |
|---|---|---|

**RECIBO**

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Data: ___/___/___ Credor: _____ | Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____<br>Data: ___/___/___ |
|---------------------------------|---|



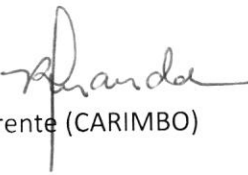
SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITA DE PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA DE SUBSTITUIÇÃO DE LÂMPADA DA  
AMBULÂNCIA DE PLACA BCP 0961, DO HOSPITAL MUMNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
**Claudete B. de A. Oliveira**  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)