

**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
005550.2019	00303	Ordinário	Comum

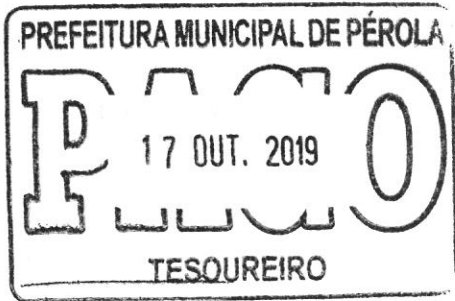
Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00357  
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 01682  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00125 UVEL-COMÉRCIO DE VEÍCULOS LTDA.  
 Endereço RODOVIA PR 323, KM 305 S/N PARQUE INDUST  
 CNPJ/CPF 03.047.652/0001-70 Fone 3639-3000 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				10.09.19	10.10.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
876.000,00	147.629,47	579,00	147.050,47

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA 3ª REVISÃO DE 30.000 KM DA MONTANA PLACA BCU-5E41, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	579,00	579,00



**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00028498-X	<b>VALOR LIQUIDO</b>	579,00
--------------	---	-------	------------	----------------------	--------

<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) Juliana Lombardi de Oliveira Comadora CRC PR-064527/2-1
---	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quinhentos e setenta e nove reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) 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 DE SERVIÇOS MÃO DE OBRADA 3ª REVISÃO DE 30.000 KM  
RODADOS DA MONTANA PLACA BCU 5E41 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)