



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 003782.2019	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 TERCEIROS Conta 00358
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 02447
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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 Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 19.06.19	Vencimento 19.07.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 200.000,00	Saldo Anterior 80.121,70	Valor do Empenho 495,16	Saldo Atual 79.626,54
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA DA 2ª REVISÃO DO VEÍCULO MONTANA, PLACAS BCU-5E41, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	495,16	495,16

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00028498-X	VALOR LIQUIDO	495,16
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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)
assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo		

RECIBO

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora
CRC PR - 0649870-8

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos e noventa e seis reais e dezesseis centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 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 PEÇAS DA 2ª REVISÃO DE 20.000 KM RODADOS DA
MONTANA DE PLACA BCV - 5E41 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)