



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
003001.2019	00495	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390396902 SEGUROS DE VEÍCULOS DA SAÚDE PÚBLICA
 Fonte de Recursos 00495 ATENÇÃO BÁSICA

Credor 03202 SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
 Endereço RUA SENADOR DANTAS 74 CENTRO
 CNPJ/CPF 09.248.608/0001-04 Fone Cidade RIO DE JANEIRO

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				17.05.19	16.06.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
68.800,00	60.606,95	84,26	60.522,69

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, DO VEÍCULO PLACA BAD-9592, DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	84,26	84,26

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	84,26
--------------	---------------	-------

<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 Vanessa da Silva Monteiro CRC BR 064301/0-8 CPF 053.511.179-07
assinatura : nome : _____ Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oitenta e quatro reais e vinte e seis centavos*****) 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

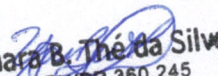


Secretaria Municipal: SAÚDE

DIVISÃO: UAPSF SIVANILDA RODRIGUES DE SOUZA PULSIDES

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Seguro Obrigatório.


Yonara B. The da Silva
COREN/PR 360.245
Assinatura do Requerente (CARIMBO)

