



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 002213.2019	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04022 DIAUTO - AUTO CENTER E COMERCIO DE PEÇAS LTDA
 Endereço AV DONA PÉROLA BIYNGTON 718 CENTRO
 CNPJ/CPF 15.435.908/0002-86 Fone (44) 3636-2969 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 08.04.19	Vencimento 08.05.19
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 399.150,01	Saldo Anterior 143.298,91	Valor do Empenho 1.956,00	Saldo Atual 141.342,91
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA VAN DE PLACA BAB-9404, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.956,00	1.956,00

LIQUIDADO

Banco Credor 104 3327 00000604-2	VALOR LIQUIDO 1.956,00
-------------------------------------	---------------------------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-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 Vanessa da Silva Monteiro CRC-PR 064301/O-0 CPF 058.511.179-07
--	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil novecentos e cinquenta e seis reais *****) 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 PARA VAN AZUL DE PLACA BAB - 9404,
JUSTIFICA - SE SE O SERVIÇO POR COMPRA DIRETA POR MOTIVO QUE ESTAMOS SEM MECÂNICO NO
PÁTIO DA POR RAZÃO DE DOENÇA.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)