



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
002214.2019	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 3390391903 SERVIÇOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO Conta 02131
 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

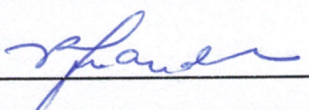
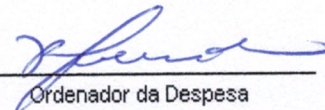
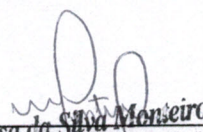
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.04.19	08.05.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
876.000,00	500.350,05	80,00	500.270,05

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVIÇO DE ALINHAMENT E BALANCEAMENTO DA VAN BAB-9404, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	80,00	80,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	3327	00000604-2	VALOR LIQUIDO	80,00
--------------	-----	------	------------	---------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 064301/0-0 CPF 053.511.179-07
--	---	---

RECIBO

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

Data ____/____/____ Credor _____

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.



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
002215.2019	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
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER
 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	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
876.000,00	500.270,05	460,00	499.810,05

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A SERVIÇO DE MÃO DE OBR NA VAN BAB-9404, DO HOSPITAL MUNICIPAL, EM RAZÃO DE ESTAR SEM MECÂNICO POR MOTIVO DE DOENÇA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	460,00	460,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	3327	00000604-2	VALOR LIQUIDO	460,00
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

<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 Vanessa da Silva Monteiro CONTADOR CRC-PR 064301/O-6 CPF 053.511.179-07
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos e sessenta 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 SERVIÇOS /MÃO DE OBRA 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)

