



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 006656.2020	Recurso 00000	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 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00340
Conta	02573

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 02.12.20	Vencimento 01.01.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 166.950,00	Saldo Anterior 20.409,72	Valor do Empenho 5,50	Saldo Atual 20.404,22
----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇA (PARAFUSO PARA RODA) PARA O VEÍCULO FORD KA DE PLACA BCL-4857 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	5,50	5,50

LIQUIDADO

Banco Credor 237 1490-7 00001664-0	VALOR LIQUIDO	5,50
---------------------------------------	---------------	------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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 Juliana L. ... CRC PR - 06.447.10-6
---	---	--

RECIBO

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

Data: ___/___/___ Credor: _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data: ___/___/___



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PEÇA PARA OP CARRO DE PLACA BCL - 4857
DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Eliton de Lima Silva
COREN-PR 385.661
ENFERMEIRO