

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 006420.2020	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 3390303901 PNEUS
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00340
Conta	02813

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 27.11.20	Vencimento 27.12.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 166.950,00	Saldo Anterior 24.110,64	Valor do Empenho 1.636,00	Saldo Atual 22.474,64
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 04 PNEUS PARA O FORD KA DE PLACA BCL-4857 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.636,00	1.636,00

LIQUIDADO

Banco Credor 237 1490-7 00001664-0	VALOR LIQUIDO 1.636,00
---------------------------------------	----------------------------------

<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(s). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ COMADOM(A) CNPJ: PR - 06440710-8
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

RECIBO

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

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

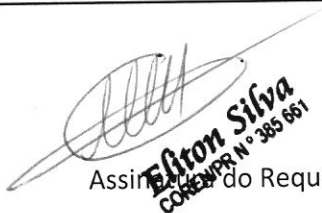


SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PNEUS FORD KA DE PLACA BCL 4857, DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)
Edson Silva
CPF nº 385.661

