



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 005437.2020	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 TERCEIROS Conta 00307
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 01974
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 00802 AILTON HILARIO OFICINA - ME
 Endereço AV DONA PROLA BYINGTON 571 CENTRO
 CNPJ/CPF 02.829.304/0001-91 Fone 3636-1711 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 05.10.20	Vencimento 04.11.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 340.095,36	Saldo Anterior 11.388,21	Valor do Empenho 40,00	Saldo Atual 11.348,21
----------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA PARA MANUTENÇÃO DO VEÍCULO GOL DE PLACA BAB-9406 DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	40,00	40,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00010871-5	VALOR LIQUIDO	40,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceite e Recebidos assinatura: nome: Darlan Scalco Prefeito do Município de Pérola - Pr. Cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Juliana de Oliveira Cargo:
--	---	---

RECIBO

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

Data ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	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: SOLICITADO PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA PARA GOL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
COM PLACVA BAB - 9406.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)