



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
004826.2020	00303	Ordinário	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 3390303905 LONAS E PASTILHAS DE FREIO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00341
Conta	01787

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				01.09.20	01.10.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
272.718,00	4.990,86	491,72	4.499,14

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO DA VAN DE PLACA BAB-9404 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	491,72	491,72

LIQUIDADO

Banco Credor	237	1490-7	00001664-0	VALOR LIQUIDO	491,72
--------------	-----	--------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço CONTADOR(A)
assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quatrocentos e noventa e um reais e ** setenta e dois centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

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: PEÇAS SOLICITADO PARA VAN DE PLACA BAB- 9404 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hosp. Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)