



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 004434.2020	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04150 CRISTIANE RIBEIRO MARTINS
 Endereço AV COSTA E SILVA 190
 CNPJ/CPF 21.038.595/0001-44 Fone (41) 3122-9200 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 25.08.20	Vencimento 24.09.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 189.060,00	Saldo Anterior 140.534,00	Valor do Empenho 35,00	Saldo Atual 140.499,00
----------------------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE CONSERTO DE PNEU DAS AMBULÂNCIAS DE PLACAS BAK-8630 E BCJ-7576, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	35,00	35,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00089581-5	VALOR LIQUIDO	35,00
--------------	-----	-----	------------	----------------------	-------

<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(a). Data: ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira CPF: 02.417.06
---	---	--

RECIBO

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

Data: ___/___/___ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor 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: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA, REALIZADOS NAS AMBULÂNCIA E VAN
DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Claudete S. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

