



**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
003089.2020	00303	Ordinário	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 TERCEIROS Conta 00350  
 Desdobramento 3390391903 SERVIÇOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO Conta 02106  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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				08.06.20	08.07.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
384.150,00	211.110,98	85,00	211.025,98

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE ALINHAMENTO BALANCEAMENTO DA VAN DE PLACA BAB-9404 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	85,00	85,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	104	3327	00000604-2	VALOR LIQUIDO	85,00
--------------	-----	------	------------	---------------	-------

Declaramos que os <input checked="" 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) <b>Juliana Lombardi de Oliveira</b> Contadora CRC PR - 06430710-6
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**RECIBO**

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



**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
003090.2020	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				08.06.20	08.07.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
220.000,00	24.880,00	216,20	24.663,80

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PASTILHA D FREIO PARA A VAN DE PLACA BAB-940 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	216,20	216,20

**LIQUIDADO**

Banco Credor	104	3327	00000604-2	VALOR LIQUIDO	216,20
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input checked="" 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) <b>Juliana Lombardi de Oliveira</b> Contadora
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**RECIBO** CRC PR - 06440710-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( duzentos e dezesseis reais e vinte \*\*\* 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. SERGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PEÇA PARA VAN DE PLACA BAB - 9404 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

Assinado por:   
Claudete B. de A. Oliveira  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt

Assinante Requerente (CARIMBO)