



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 002467.2020	Recurso 00303	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 Conta 00350
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSER Conta 00844
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00168 UMUARAMA DIESEL LTDA.
 Endereço ROD. PR 323 - CX P. 501
 CNPJ/CPF 81.833.527/0001-07 Fone (044) 3622-474 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 07.05.20	Vencimento 06.06.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 404.150,00	Saldo Anterior 243.029,60	Valor do Empenho 80,00	Saldo Atual 242.949,60
----------------------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MÃO DE OBRA NA REVISÃO DA VAN DE PLACA BCJ-7576 DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	80,00	80,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00002025-7	VALOR LIQUIDO	80,00
--------------	---	-------	------------	---------------	-------

<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 Juliana I. CONTADOR(A) CONTADOR CRC PR - 044.877/0-8
--	--	--

RECIBO

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

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



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA PARA REVISÃO DE VAN
DE PLACA BCJ 7576, CARRO UTILIZADO PARA REALIZAR VIAGENS DE PACIENTES ELETIVOS.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)