



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
002293.2020	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303903 BATERIAS
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00298
Conta	02213

Credor 03760 ADENILSON CORTONEZ PINTO
 Endereço AV DONA PEROLA BYINGTON 204 CENTRO
 CNPJ/CPF 22.547.974/0001-22 Fone Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				28.04.20	28.05.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
230.000,00	13.988,19	280,00	13.708,19

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE BATERIA PARA SUBSTITUIÇÃO NO VEÍCULO DE PLACA BAB-9407, DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	280,00	280,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00029110-8	VALOR LIQUIDO	280,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

Declaramos que os <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 Lima CONTADOR(A) Contabilidade CRC PR - 06493770-6
--	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e oitenta 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

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: UBS - Sivanilda

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Bateria nova

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

[Handwritten signature]
Enfermeira Obstetra
COREN-PR 43.025