



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
001747.2020	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 TERCEIRO 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				26.03.20	25.04.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
404.150,00	286.308,35	70,00	286.238,35

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE ALINHAMENTO BALANCEAMENTO DA AMBULÂNCIA DE PLACA BCW-1D78, DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	70,00	70,00

LIQUIDADO

Banco Credor	104	3327	00000604-2	VALOR LIQUIDO	70,00
--------------	-----	------	------------	---------------	-------

<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 Souza CRC PR - 064.411/0-5
--	---	--

RECIBO

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

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



CNPJ: 81.478.133/0001-70

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



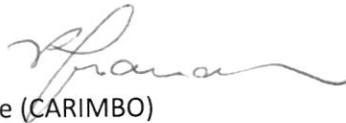
SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE MÃO DE OBRA PARA AMBULÂNCIA DE PLACA
BCW -1 D 78 HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Alexandre B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)