



**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
001792.2020	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 03343 A R TEIXEIRA ME  
 Endereço FRANCISCO PONTES 2637 JARDIM ALTO DA BOA  
 CNPJ/CPF 17.186.546/0001-81 Fone 4488145466 Cidade UMUARAMA

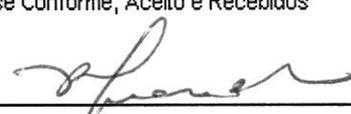
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				31.03.20	30.04.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
164.000,00	95.377,34	300,00	95.077,34

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE MANUTENÇÃO N TERMINAL TELEFÔNICO DAS UAP'S, CONFORME SOLICITAÇÃO.	300,00	300,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00049097-0	VALOR LIQUIDO	300,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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) <small>CRC PR - 064.072/5</small>
--	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( trezentos 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: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviço extraordinário.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)