



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
007030.2021	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 Conta 00335
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 01859
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04326 JOSE LUIZ BRUNO 61247766934
 Endereço RUA VITORINO GOMES PEREIRA 844 JD CASA G
 CNPJ/CPF 33.710.453/0001-60 Fone (44) 99845-4808 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				02.12.21	01.01.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
565.758,16	38.840,41	500,00	38.340,41

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Manutenção Ar-condicionado 9.000Btus.	160,0000	160,00
02	1	Carga de Gás r410.	180,0000	180,00
03	1	Manutenção Ar-condicionado 12.000 Btus.	160,0000	160,00
04		Manutnção de Ar-condicionado da sala do médico e sada de dentista, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	026570-1	VALOR LIQUIDO	500,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Encarregado do Serviço
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____	 Juliana Dorebaldi de Oliveira Contadora CRC PR 064307/O-6	

RECIBO

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

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



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: Unidade de Saúde Sivanilda R. Pulsides

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Necessidade de manutenção de ar condicionado da sala do médico e dentista para melhor atender os pacientes da unidade de saúde.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)