



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 |
| 002987.2021 | 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 00379
 Desdobramento 3390391903 SERVIÇOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO Conta 01777
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02698 PR PNEUS LTDA. EPP
 Endereço AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO 5515 ZONA
 CNPJ/CPF 10.948.417/0001-34 Fone 44 3624-6800 Cidade UMUARAMA

| | | | | | |
|------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação | Número | Solicitação | Contrato | Emissão | Vencimento |
| Dispensa por Lim | | | | 10.06.21 | 16.09.21 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 546.541,00 | 52.640,66 | 110,00 | 52.530,66 |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 1 | REFERENTE MÃO DE OBRA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ALINHAMENTO E BALANCEAMENTO EM VEÍCULO VAN SPRINTER, PLACA: BCO-8734 DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO. | 110,0000 | 110,00 |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-------|-----------|----------------------|--------|
| Banco Credor | 237 | 180-5 | 0101860-4 | VALOR LIQUIDO | 110,00 |
|--------------|-----|-------|-----------|----------------------|--------|

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 Vanessa da Silva Monteiro CRC PR 064301/O-0 CPF 053.511.179-07 |
|---|---|---|

RECIBO

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

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

Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão: SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Dispensa de Licitação por Valor, cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II
Devido a necessidade dos serviços de alinhamento e balanceamento
e por não atingir o valor de licitação

DATA: 08/06/2021

Themis Francine da Silva
Portaria N° 029/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)