



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
002273.2021	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 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

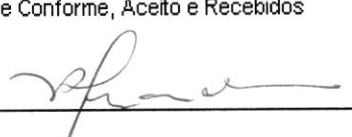
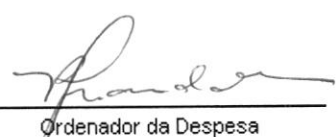
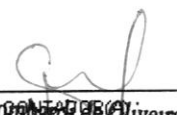
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				10.05.21	09.06.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
546.541,00	167.049,07	185,00	166.864,07

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE MÃO DE OBRA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ALINHAMENTO E BALANCEAMENTO EM RODAS DO VEÍCULO AMBULÂNCIA PLACA: BAB-9404 DE UTILIZAÇÃO DA DIVISÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	185,00	185,00

LIQUIDADO

Banco Credor	237	1490-7	0001664-0	VALOR LIQUIDO	185,00
--------------	-----	--------	-----------	----------------------	--------

<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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	--	--

RECIBO

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

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



PÉROLA
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria: **MUNICIPAL DE SAÚDE**
Divisão: **HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA**

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

DATA: 10/05/2021

Themis Francine da Silva

Portaria. Nº 029/2021

DIRET. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)