



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
004615.2022	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390300101 ETANOL
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00446
Conta	02651

Credor 04526 Y BIMBATO NERI - COMBUSTIVEIS
 Endereço AV CAFE FILHO 291 CENTRO
 CNPJ/CPF 34.038.824/0001-72 Fone (44) 99854-4148 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				21.07.22	20.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
50.000,00	6.890,56	53,61	6.836,95

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	11,31	Etanol	4,7400	53,61
02		Referente a aquisição de combustível (Etanol), para o veículo placa BEX-8G36 de utilização do Hospital Municipal, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00017008-9	VALOR LIQUIDO	53,61
--------------	---	--------	------------	---------------	-------

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

RECIBO

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

Data: ___/___/___ Credor: _____

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 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: HOSPITAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Aquisição de material de baixo valor de maneira direta conforme previsto na Lei 8.666/93, Art.24.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)