

**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 008038.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390391903 SERVIÇOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO  
 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 Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.11.22	Vencimento 30.12.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 650.000,00	Saldo Anterior 6.700,75	Valor do Empenho 90,00	Saldo Atual 6.610,75
----------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Alinhamento de direção	50,0000	50,00
02	2	Balanceamento de rodas	20,0000	40,00
03		Prestação de serviços de alinhamento e balanceamento de rodas da Van MB Sprinter CDI 415, placa BCO-8734, pertencente a frota da Divisão do Hospital Municipal, conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 180-5 0101860-4	VALOR LIQUIDO	90,00
-------------------------------------	---------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-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 (noventa 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: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SÉRGIO BITENCOURTH

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

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

DATA: 23/11/2022

  
**Francine**  
Diretora Depto. Adm.  
Hospital Municipal de Pérola  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)