



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
004845.2019	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303903 BATERIAS
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00301
Conta	02574

Credor 03760 ADENILSON CORTONEZ PINTO
 Endereço AV DONA PEROLA BYINGTON 204 CENTRO
 CNPJ / CPF 22.547.974/0001-22 Fone Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				02.08.19	01.09.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	5.000,00	330,00	4.670,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE BATERIA PARA O VEÍCULO PLACA BAB-9405, DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	330,00	330,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00029110-8	VALOR LIQUIDO	330,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

<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 _____ CONTADOR(A) Juliana Romão CRC PR 06450/10-6
--	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e trinta reais*****) 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: UBS - Sivanilda

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Bateria nova

+ 
Assinatura do Requerente (CARIMBO)