



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 |
| 004314.2019 | 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 00357
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS Conta 01738
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00919 AUTO FOSSA ASSIS CHATEAUBRIAND LTDA
 Endereço R URUGUAI 532 JARDIM AMERICA
 CNPJ/CPF 05.603.794/0001-00 Fone 3528-4445 Cidade ASSIS CHATEAUBRIAND

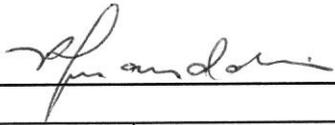
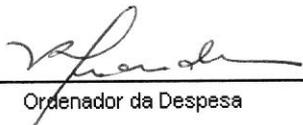
| | | | | | |
|------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação | Número | Solicitação | Contrato | Emissão | Vencimento |
| Dispensa por Lim | | | | 12.07.19 | 11.08.19 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 876.000,00 | 351.796,81 | 500,00 | 351.296,81 |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|---|----------------|-------------|
| 01 | 1 | REFERENTE SERVIÇO DE LIMPEZA DE FOSSAS DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO. | 500,00 | 500,00 |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|------------|---------------|--------|
| Banco Credor | 104 | 957 | 00001192-2 | VALOR LIQUIDO | 500,00 |
|--------------|-----|-----|------------|---------------|--------|

| | | |
|---|---|---|
| <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 _____  CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Souza CRC PR - 064907/O-6 |
|---|---|---|

RECIBO

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

| | |
|---------------------|--|
| Data ____/____/____ | Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ |
| Credor | 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: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITALMUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE LIMPEZAS DE FOSSAS DE FRENTE HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, QUE ESTÁ EXALANDO MAL CHEIRO.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)