

**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
002310.2019	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00802 AILTON HILARIO OFICINA - ME
 Endereço AV DONA PROLA BYINGTON 571 CENTRO
 CNPJ/CPF 02.829.304/0001-91 Fone 3636-1711 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.04.19	15.05.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
399.150,01	133.193,67	475,00	132.718,67

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO E REPARO DA VAN E AMBULÂNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	475,00	475,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00010871-5	VALOR LIQUIDO	475,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<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 _____ Juliana Lombardi Contadora
---	---	--

RECIBO

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

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

CRC PR - 06490770-5



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: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITADO PAGAMENTO DE PEÇAS PARA AMBULÂNCIA E VAN DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTEN PARA ATENDIMENTOS DOS MUNICÍPIOS COM AGILIDADE NECESSARIA.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)