



**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
005436.2020	00494	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 Conta 00298  
 Desdobramento 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE Conta 01973  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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				05.10.20	04.11.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
297.000,00	25.808,93	475,00	25.333,93

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇA (ELETROVENTILADOR) PARA MANUTENÇÃO DO VEÍCULO GOL DE PLACA BAB-9406 DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	475,00	475,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00010871-5	<b>VALOR LIQUIDO</b>	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: <b>Darlan Scalco</b> Profeta do Município de Pérola - Pr. Cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Lombardi CONTADOR(A) CREA 10118 CRC PR - 06.401.120-1
---	---	--

**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 ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	Data ____/____/____



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 PEÇA PARA GOL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
COM PLACA BAB - 9406.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)