



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 001260.2020	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

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

Credor 00882 J.R. DA CUNHA AUTO PEÇAS.
 Endereço AV TIRADENTES 2561 ZONA II A
 CNPJ/CPF 03.819.459/0001-00 Fone 3622-6225 Cidade UMUARAMA

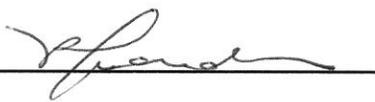
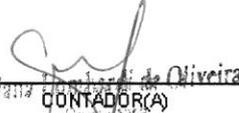
Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 02.03.20	Vencimento 01.04.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 200.000,00	Saldo Anterior 89.357,59	Valor do Empenho 750,00	Saldo Atual 88.607,59
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇA PARA MANUTENÇÃO DA AMBULÂNCIA DE PLACA BAK-8638 DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	750,00	750,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00015726-0	VALOR LIQUIDO	750,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <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 Elisabete de Oliveira CONTADOR(A) CPF nº 364.417.06-6
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setecentos e cinquenta 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: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PEÇA PA A AMBULÂNCIA DE PLACA BAK 8638 DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Claudete B. de A. Oliveira
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)