



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
005814.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00289
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 02941
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04326 JOSE LUIZ BRUNO 61247766934
 Endereço RUA VITORINO GOMES PEREIRA 844 JD CASA G
 CNPJ/CPF 33.710.453/0001-60 Fone (44) 99845-4808 Cidade PÉROLA

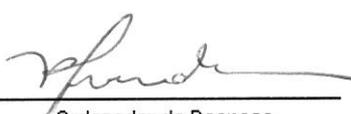
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				22.10.21	21.11.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
60.000,00	14.566,84	400,00	14.166,84

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Manutenção de AR condicionado 12.000 BTU''s.	160,0000	160,00
02	1	Manutenção de capacitor.	60,0000	60,00
03	1	Carga de gás R22.	180,0000	180,00
04		Mão de obra e prestação de serviços de manutenção de aparelho de ar condicionado de utilização da Secretaria Municipal de Saúde. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	026570-1	VALOR LIQUIDO	400,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	--------

<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 Lenhardt de Oliveira Contadora CRC/PR 064907/0-6
---	---	---

RECIBO

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

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



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Secretaria Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Necessidade de manutenção e conserto do AR condicionado, para utilização dos servidores e usuários.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)