



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
003192.2021	01019	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.122.0010.2.063.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	01520
Conta	02376

Credor 04022 DIAUTO - AUTO CENTER E COMERCIO DE PEÇAS LTDA
 Endereço AV DONA PÉROLA BIYNGTON 718 CENTRO
 CNPJ/CPF 15.435.908/0002-86 Fone (44) 3636-2969 Cidade PÉROLA

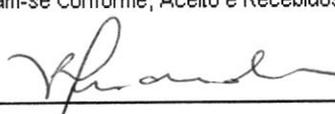
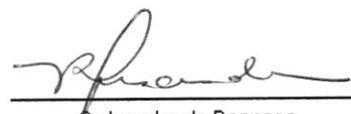
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				28.06.21	28.07.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
126.974,50	110.434,02	15,00	110.419,02

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE SPRAY GRAFITE, PARA UTILIZAÇÃO NA MANUTENÇÃO DE PINTURA DA PORTA DA AMBULÂNCIA PLACA: BCW-1D78, CEDIDA PARA O AMBULATÓRIO COVID-19. CONFORME SOLICITAÇÃO.	15,0000	15,00

LIQUIDADO

Banco Credor	756	4379	0024962-9	VALOR LIQUIDO	15,00
--------------	-----	------	-----------	---------------	-------

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  Vanessa da Silva Mansur CONTADOR(A) CPF 053.512.179-07
--	--	---

RECIBO

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

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

Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão: Ambulatório Covid19

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Pintura parcial, pós manutenção, da porta da ambulância cedida para prestar serviço ao ambulatório do COVID, sendo necessário a dispensa por valor, para o bom funcionamento, garantido no artigo 24 inciso II da Lei 8.666/93.



Siclei A. Batista
Assinatura do Requerente (CARIMBO)