



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 000780.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00447
 Desdobramento 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE Conta 01494
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04541 CLAUDINEI JARDIM - AUTO ELETRICA
 Endereço AVENIDA CAFÉ FILHO 387 CENTRO
 CNPJ/CPF 09.022.998/0002-80 Fone 98057637 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 09.02.22	Vencimento 11.03.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 400.000,00	Saldo Anterior 342.596,97	Valor do Empenho 2.671,00	Saldo Atual 339.925,97
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Compressor.	2.411,0000	2.411,00
02	1	Valvula termostatica.	260,0000	260,00
03		Peças para utilização na manutenção do ar condicionado do veículo Ambulância Van, placa: BAB-9404, pertencente a frota do Hospital Municipal, veículo utilizada no transporte de pacientes em tratamento de Hemodialise. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor 748 726 050187-2	VALOR LIQUIDO	2.671,00
----------------------------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-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 CRC PR 064907/O-6
---	--	--

RECIBO

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

Data ___/___/___ Credor

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

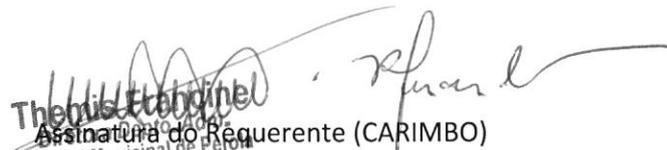


SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DE PÉROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

O VEÍCULO É DE USO DE TRANSPORTE DE PACIENTES DE HEMODIALISE PARA UMUARAMA SENDO NECESSARIO O SERVIÇO DE MANUTENÇÃO/CONSRTO DO AR CONDICIONADO DO VEÍCULO **VAN PLACA BAB 9404** DE USO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PEROLA.

DATA: 08/02/2022


Assinatura do Requerente (CARIMBO)
Hospital Municipal de Pérola