



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 |
| 001031.2025 | 03497 | Ordinário | Comum |

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390301100 MATERIAL QUÍMICO
 Fonte de Recursos 03497 VIGILÂNCIA EM SAÚDE - Exercícios Anterior

| | |
|-------|-------|
| Conta | 02543 |
| Conta | 02593 |

Credor 01842 HALISSON LOUIZ DA SILVA - ME
 Endereço AV. CAFE FILHO 330 CENTRO
 CNPJ/CPF 08.638.042/0001-64 Fone 3636-1006 Cidade PÉROLA

| | | | | | |
|------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação | Número | Solicitação | Contrato | Emissão | Vencimento |
| Dispensa por Lim | | | | 14.02.25 | 16.03.25 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 40.000,00 | 39.382,00 | 165,00 | 39.217,00 |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 5 | NEXXOR 30ML | 19,0000 | 95,00 |
| 02 | 5 | K-OTHRUBE 30ML | 14,0000 | 70,00 |
| 03 | | REFERETENTE AQUISIÇÃO DE VENENO PELO DEPARTAMENTO DE VIILÂNCIA SANITÁRIA, PARA APLICAÇÃO DE DETETIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO. | | |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|----------|---------------|--------|
| Banco Credor | 748 | 726 | 067084-7 | VALOR LIQUIDO | 165,00 |
|--------------|-----|-----|----------|---------------|--------|

| | | |
|--|--|--|
| <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 Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6 |
|--|--|--|

RECIBO

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

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



SECRETARIA DE SAUDE
VIGILANCIA SANITARIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO CONFORME DECRETO Nº037 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2024 Art. 3º inciso VIII

ALCIDES FERREIRA DA CRUZ
CPF: 063.147.89-96
Vigilância Sanitária

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

PROVIGIA