



**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
005832.2018	00495	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390301600 MATERIAL DE EXPEDIENTE  
 Fonte de Recursos 00495 ATENÇÃO BÁSICA

Conta	00260
Conta	01835

Credor 04107 ADILSON P BIAZIN  
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 1461 CENTRO  
 CNPJ/CPF 03.011.866/0001-96  
 Fone 4436361921  
 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				11.09.18	11.10.18

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
100.000,00	96.739,14	28,00	96.711,14

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE LÁPIS DE COR, PARA SER UTILIZADO NOS POSTOS DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	28,00	28,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	28,00
--------------	---------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Encarregado do Serviço
Assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo	 Juliana Lombardi de Oliveira CONTECOR(A) CRC-PR-06490710-6	

**RECIBO**

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Credor Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA**

CNPJ: 81.478.133/0001-70

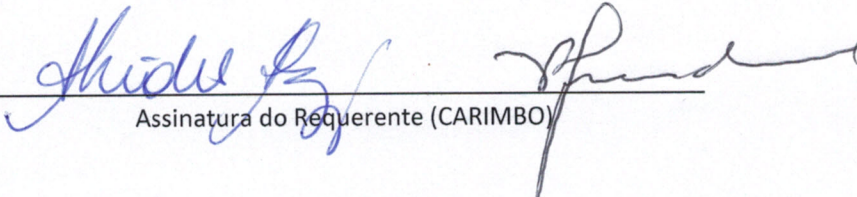
Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO:

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviço de pouco uso, Baixo Valor cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)