



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
006385.2021	00000	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 00288
 Desdobramento 3390396302 IMPRESSOS PARA A DIVULGAÇÃO DE SERVIÇO Conta 03000
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 02967 UMUARAMA COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA - ME
 Endereço AV. PARANÁ 6.281 CENTRO
 CNPJ/CPF 14.145.153/0001-31 Fone (44) 3623-1614 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				12.11.21	12.12.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	2.316,87	80,00	2.236,87

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Banner em lona, medidas: 90x140.	80,0000	80,00
02		Materiais para serem utilizados na Conferência Municipal de Saúde. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	180-5	0004068-1	VALOR LIQUIDO	80,00
--------------	-----	-------	-----------	---------------	-------

<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 CONTADOR(A) Contadora CRC PR 064307/O-6
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oitenta 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: Conselho Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Necessidade imediata para utilização na conferência municipal de saúde.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)