



**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
006525.2021	00494	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      Conta 00327  
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVEIS      Conta 01698  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04178 SANTOS & PEREIRA DE ALMEIDA LTDA  
 Endereço AV DONA PEROLA BYINGTON 919 CENTRO  
 CNPJ/CPF 29.975.073/0001-80      Fone 4436361740      Cidade PEROLA

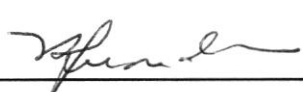

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.11.21	19.12.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
185.930,00	2.752,94	74,72	2.678,22

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	2	Luva soldavel 20mm.	0,8600	1,72
02	1	torneira lavat. leão 1/4v c31.	73,0000	73,00
03		Materiais para substituição de toneira em consultório médico na Unidade Básica de Saúde Conceição ds Anjos. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	014835-5	<b>VALOR LIQUIDO</b>	74,72
--------------	-----	-----	----------	----------------------	-------

<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
--	---	--

**RECIBO**

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

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

CRC PR 064907/0-6



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Unidade de Saúde Conceição dos Anjos

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Necessidade de consertos e melhorias nos encanamentos, incluindo torneira do consultório médico.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)