



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
006527.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.059.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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
2.000,00	995,26	197,50	797,76

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Reparo Cabeçote vedante chaveta 2376	17,7000	17,70
02	1	Acionador cx aclopada durim cod 00376	33,0000	33,00
03	1	Engate flexivel PVC 60cm astra em 60	11,8000	11,80
04	1	Mecanismo Kit compl Lorenzetti/Blukit	135,0000	135,00
05		Materiais para reparos em torneiras e vaso sanitário no banheiro da Clínica de Especialidades.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	014835-5	VALOR LIQUIDO	197,50
--------------	-----	-----	----------	---------------	--------

<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 Lourenço de Oliveira CONTADOR(A) CRC PR 08/0705
---	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e noventa e sete reais e ***** cinquenta centavos*****) 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: Clínica de Especialidades

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Material necessário para reparos em torneiras e vaso sanitário do banheiro da recepção.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)