



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
007004.2021	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  
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00327
Conta	01628

Credor 03849 JOSIMAR PEREIRA BAI0 95903305920  
 Endereço RUA ANTONIO GONZAGA 1260  
 CNPJ/CPF 27.239.371/0001-87 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.11.21	30.12.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
185.930,00	1.355,94	640,00	715,94

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Referente a aquisição de uma passadeira antiderrapante para barra paralela e piso da fisioterapia, conforme solicitação.	640,0000	640,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	613-0	0002255-1	VALOR LIQUIDO	640,00
--------------	-----	-------	-----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____  Juliana Lombardi de Oliveira C. O. (A) _____ CRC PR 0643070-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

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

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



**PÉROLA**  
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Unidade Básica de Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Necessidade de melhorias em aparelhos e ambiente para exercício de fisioterapia em usuários das unidades de saúde.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)