



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
005757.2021	00338	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.020.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 01879
 Desdobramento 3390304400 MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS Conta 02926
 Fonte de Recursos 00338 PROGRAMA EST. DE QUALIF. DOS CONSELHOS M

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

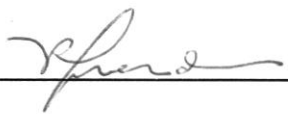


Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.10.21	19.11.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
3.373,63	2.553,83	145,00	2.408,83

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	100	Crachá para identificação.	1,4500	145,00
02		Aquisição de Crachás para serem utilizados na identificação dos participantes da 13ª Conferência Municipal de Saúde. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	0004108-4	VALOR LIQUIDO	145,00
--------------	-----	-----	-----------	---------------	--------

Declaramos que os <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  CONTADOR(A)
---	--	--

RECIBO

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora

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

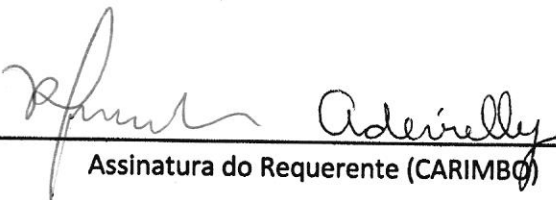
Data ___/___/___ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ___/___/___.
-------------------------	---



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: Conselho Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

De acordo com a necessidade para organização da 13ª Conferência Municipal de Saúde


Assinatura do Requerente (CARIMBO)