



**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
004209.2021	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.305.0010.2.023.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 01842 HALISSON LOUIZ DA SILVA - ME  
 Endereço AV. CAFE FILHO 330 CENTRO  
 CNPJ/CPF 08.638.042/0001-64 Fone 3636-1006 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				06.08.21	05.09.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.000,00	7.089,61	35,00	7.054,61

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Tampa pulverizador jacto do registro PJH 20LT.	3,0000	3,00
02	1	Registro comp. pulverizador brunden 5/10LT.	32,0000	32,00
03		Peças de reparo para o pulverizador utilizado na sanitização do Hospital Municipal e Ambulatório do COVID-19. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	067084-7	VALOR LIQUIDO	35,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	-------

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) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC 06497/0-6
--	--	---

**RECIBO**


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

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

SECRETARIA: SAÚDE  
DIVISÃO: VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

A aquisição de peças para o pulverizador se faz necessário, pois o mesmo é usado frequentemente na sanitização do Hospital Municipal e Ambulatório de pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

**LEANDRO SAMPAIO DE MARINS**  
PORTARIA Nº 148/2021  
CPF- 043.931.189-60  
DIR. DEPT. VIGILÂNCIA SANITÁRIA