



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 003679.2021	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04018 SERGIO PEREIRA BICUDO 02423319983
 Endereço RUA GASTÃO VIDIGAL 195 CENTRO
 CNPJ/CPF 23.993.927/0001-75 Fone (44) 9975-6975 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 20.07.21	Vencimento 19.08.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 430.000,00	Saldo Anterior 114.252,11	Valor do Empenho 50,00	Saldo Atual 114.202,11
----------------------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01		1REFERENTE SERVIÇO DE VULCANIZAÇÃO DE PNEU DO VEÍCULO GOL DE PLACA BAB-9407 DO POSTO DE SAÚDE CONCEIÇÃO DOS ANJOS, CONFORME SOLICITAÇÃO.	50,0000	50,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	026126-6	VALOR LIQUIDO	50,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	-------

<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
 CRC/PR 064907/O-6

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

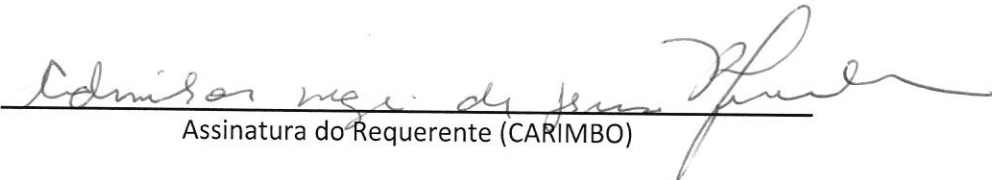
Data: ____/____/____ Credor: _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco
 Data: ____/____/____.

Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão: POSTO DE SAÚDE CONCEIÇÃO ASSUNÇÃO DOS ANJOS

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Dispensa de Licitação por Valor, cfe. Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II
Devido a necessidade da vulcanização e por não atingir o valor de licitação

DATA: 19/07/2021


Assinatura do Requerente (CARIMBO)