



**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
003544.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.122.0010.2.063.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE Conta 00302  
 Desdobramento 4490523500 EQUIPAMENTOS DE PROCESSAMENTO DE DADOS Conta 02384  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03158 A. CARNEVALLI - EIRELLI - EPP  
 Endereço RUA ANTONIO IPOLITO 121 JD. ALVORADA II  
 CNPJ/CPF 18.012.406/0001-50 Fone (44) 3645-3323 Cidade TERRA ROXA

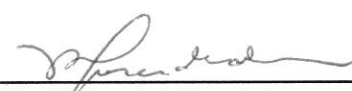

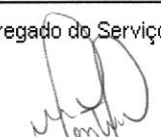
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim	30		49	08.07.21	30.09.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
7.000,00	7.000,00	3.050,00	3.950,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	IMPRESSORA TERMICA DE TRANSF. OS-214 PLUS - PPLA COM FONTE. PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CONFORME DISPENSA POR LIMITE Nº 30/2021, CONTRATO DE FORNECIMENTO Nº 49/2021.	3.050,0000	3.050,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	088452-9	VALOR LIQUIDO	3.050,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	----------

<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  <b>Vanessa da Silva Monteiro</b> CRC-PR 064301/O-6 CPF 058.511.179-07
--	---	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( três mil e cinquenta 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: Ambulatório Covid

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Aquisição de impressora de etiquetas, para a identificação das embalagens com material coletado de indivíduos suspeitos de contágio ao vírus Covid-19, sendo de extrema necessidade, amparado pela Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)