



**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
003537.2021	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04539 MAYLLON RODRIGO AMANCIO SPIESS 11896800920  
 Endereço RUA NAPOLEÃO GIROTTO 163 CENTRO  
 CNPJ/CPF 42.077.639/0001-15 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				07.07.21	06.08.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
110.000,00	64.648,00	550,00	64.098,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	MÃO DE OBRA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM REPAROS EM TELHAS DE AMIANTO, REPAROS EM CALHAS, COLOCAÇÃO DE TELAS NAS JANELAS DOS BANHEIROS, PINTURA NO TETO DA LAVANDERIA, TROCA DE VÁLVULA DE BANHEIRO E TROCA DE PIA EM BANHEIRO. NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL DO MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	550,0000	550,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	756	4379	0027378-3	VALOR LIQUIDO	550,00
--------------	-----	------	-----------	---------------	--------

<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  Vanessa da Silva Monteiro CPF 958.511.175-57
--	--	---

**RECIBO**

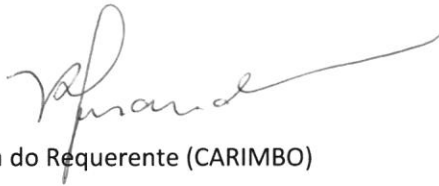
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quinhetos e cinquenta reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE  
Divisão: Hospital Municipal Dr. Raul Sérgio Betencourt

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Manutenção no Hospital, telhado, banheiro e lavanderia, se faz necessário a dispensa por valor, para atender as exigências dos órgãos fiscalizadores, e sendo o valor baixo garantido no artigo 24 inciso II da Lei 8.666/93.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)