

**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
002233.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE
 Desdobramento 4490520600 APARELHOS E EQUIPAMENTOS DE COMUNICAÇÃO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03343 A R TEIXEIRA ME
 Endereço FRANCISCO PONTES 2637 JARDIM ALTO DA BOA
 CNPJ/CPF 17.186.546/0001-81 Fone 4488145466 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
 03.05.21 02.06.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
10.000,00	9.201,00	846,32	8.354,68

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE APARELHO TERMINAL VOIP ATA 2 PORTAS FXS, PARA UTILIZAÇÃO NO PRÉDIO DAS UAP'S (SECRETARIA DE SAÚDE). CONFORME SOLICITADO.	846,32	846,32

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00049097-0	VALOR LIQUIDO	846,32
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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 PR 064907/O-6
--	--	--

RECIBO



Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oitocentos e quarenta e seis reais e trinta e dois centavos*****) 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: UBS/UAP

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Substituição do aparelho do terminal voip ata 02 portas queimado, para garantir a comunicação via telefone dos pacientes com suas unidades básica de saúde, sendo necessário a dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)