



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 002735.2021	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 00738 S. F. BARRADAS PIROTA - ME
 Endereço AV. PEROLA BYINGTON 970 CENTRO
 CNPJ/CPF 07.306.901/0001-55 Fone (44) 3636-1848 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 28.05.21	Vencimento 27.06.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 165.930,00	Saldo Anterior 112.868,15	Valor do Empenho 30,00	Saldo Atual 112.838,15
----------------------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 03 CÓPIAS DE CHAVE PARA AS PORTAS DA UAP - CONCEIÇÃO. CONFORME SOLICITAÇÃO.	30,0000	30,00

LIQUIDADO

Banco Credor 748 726 033261-5	VALOR LIQUIDO	30,00
----------------------------------	----------------------	-------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 CRC-PR 064301/O-0 CPF 888.879.179-07
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trinta 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: UNIDADE BÁSICA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Baixo valor, serviço esporádico amparado pela Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)