



**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
001805.2021	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 04455 LOJAS QUERO-QUERO S.A.  
 Endereço AVENIDA DONA PEROLA BYINGTON 1295 CENTRO  
 CNPJ/CPF 96.418.264/0452-30 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.04.21	15.05.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
10.000,00	10.000,00	799,00	9.201,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE APARELHO CELULAR SMARTFONE, PARA UTILIZAÇÃO NA UAP MARLI SAILA, NO PROGRAMA SAÚDE MENTAL, ATENDENDO PACIENTES POSITIVADOS DO COVID-19 VIA APLICATIVO DE MENSAGENS. CONFORME SOLICITAÇÃO.	799,00	799,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	3168-2	00205064-1	VALOR LIQUIDO	799,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<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 _____ Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**RECIBO**

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

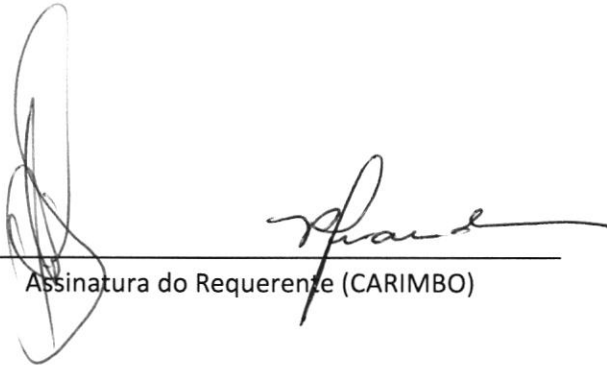
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor: \_\_\_\_\_

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

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP MARLI SAIA

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Telefone para uso da equipe da SAUDE MENTAL para o acompanhamento dos pacientes, equipamento de baixo valor amparado pela Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II.



---

Assinatura do Requerente (CARIMBO)