



**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
001718.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04445 BERALDO ARTES GRAFICA LTDA  
 Endereço AV TIRADENTES 3293 JARDIM PARAÍSO  
 CNPJ/CPF 07.274.456/0001-99 Fone Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				31.03.21	30.04.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
60.000,00	14.415,89	74,00	14.341,89

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE CONFECÇÃO DE CARTÃO DE VISITA PARA USO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CONFORME SOLICITADO.	74,00	74,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00052138-8	VALOR LIQUIDO	74,00
--------------	---	-------	------------	---------------	-------

<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 F. de M. Niveira CONTADOR(A) CAC DA PREFEITURA
---	--	--

**RECIBO**

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

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



CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300

Secretaria:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Divisão:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'R' followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)