



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
000777.2021	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390301600 MATERIAL DE EXPEDIENTE
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02343 EDITORA E PAPELARIA UMUARAMA LTDA - ME
 Endereço AV.BRASIL 2424 ZONA VII
 CNPJ/CPF 03.895.029/0001-77 Fone (44) 3055-4338 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				22.02.21	24.03.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.850,00	27.386,33	297,22	27.089,11

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PASTAS E ENVELOPES PARA USO GERAL (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). CONFORME SOLICITAÇÃO.	297,22	297,22

LIQUIDADO

Banco Credor	104	570-0	00001184-8	VALOR LIQUIDO	297,22
--------------	-----	-------	------------	---------------	--------

<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 Lourenço de Oliveira Contabilista CRC PR - 06440710-8
--	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e noventa e sete reais e **** vinte e dois centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	Data: ___/___/___



PÉROLA
GOVERNO MUNICIPAL

CNPJ: 81.478.133/0001-70

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

Secretaria:
Divisão:

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)