



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 |
| 001034.2021 | 00494 | Ordinário | Comum |

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.305.0010.2.023.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390301600 MATERIAL DE EXPEDIENTE
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

| | |
|-------|-------|
| Conta | 00396 |
| Conta | 01313 |

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

| | | | | | |
|------------------|--------|-------------|----------|----------|------------|
| Licitação | Número | Solicitação | Contrato | Emissão | Vencimento |
| Dispensa por Lim | | | | 25.02.21 | 27.03.21 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 30.000,00 | 13.309,04 | 45,00 | 13.264,04 |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 1 | REFERENTE AQUISIÇÃO DE ALMOFADA PARA CARIMBO AUTOMÁTICO E CRACHAS DE IDENTIFICAÇÃO, PARA USO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). CONFORME SOLICITAÇÃO. | 45,00 | 45,00 |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|-----------|---------------|-------|
| Banco Credor | 237 | 613 | 0004108-4 | VALOR LIQUIDO | 45,00 |
|--------------|-----|-----|-----------|---------------|-------|

| | | |
|--|---|---|
| Declaramos que os <input checked="" type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input checked="" 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 Juliana Contador de Silva Curitiba |
|--|---|---|

RECIBO

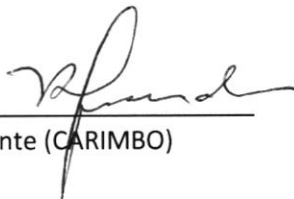

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quarenta e cinco reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: Vigilância sanitária

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Consumo baixo, enquadra-se na dispensa de Licitação por Valor, conforme Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II



Assinatura do Requerente (CARIMBO)