



**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
000767.2021	00494	Ordinário	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 3390301700 MATERIAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00327
Conta	01314

Credor 01941 PEDRO PERISSATO - ME  
 Endereço RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA 876 CENTRO  
 CNPJ/CPF 09.034.628/0001-82 Fone (44) 3636-2152 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				22.02.21	24.03.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
165.930,00	149.188,73	225,00	148.963,73

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 05 TECLADO MODELO KB13BK, PARA UTILIZAÇÃO NO COMPUTADORES DAS UAP'S (SECRETARI MUNICIPAL DE SAÚDE). CONFORME SOLICITAÇÃO.	225,00	225,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	748	726	00026888-3	VALOR LIQUIDO	225,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input 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  CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	--	--

**RECIBO**

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

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



Secretaria Municipal: SAÚDE  
Divisão: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Baixo valor.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)