



**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
000162.2021	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.028.3390.32.00.00 MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PA Conta 00348  
 Desdobramento 3390329999 OUTROS MATERIAIS DISTRIBUIÇÃO GRATUITA Conta 01534  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04456 CIRURGICA PREMIUM DISTRIB. DE PRODUTOS HOSPITALARE  
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4465 ZONA I  
 CNPJ/CPF 34.479.558/0001-13 Fone Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				26.01.21	25.02.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
151.076,00	149.505,00	530,00	148.975,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS EMERGENCIAIS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PÉROLA ATÉ A LICITAÇÃO SER REALIZADA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	530,00	530,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	530,00
--------------	---------------	--------

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 _____  CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira CPF: 06450710-6
--	---	---

**RECIBO**


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

Data ____/____/____ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco Data ____/____/____.
----------------------------	--

SECRETARIA: SAÚDE  
DIVISÃO:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

DISPENSA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS EMERGENCIAIS PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA, ATÉ SER REALIZADA A LICITAÇÃO.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)