



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 003992.2022	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390399999 DE MAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04658 ARIEL PIRES MACHADO 07711564996
 Endereço AV. COSTA E SILVA 647 CENTRO
 CNPJ/CPF 39.345.155/0001-03 Fone (44) 99745-8762 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 27.06.22	Vencimento 27.07.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 450.000,00	Saldo Anterior 131.222,40	Valor do Empenho 762,50	Saldo Atual 130.459,90
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	ADESIVO PERFURADO IMPRESSO	762,5000	762,50
02		AQUISIÇÃO DE ADESIVO PARA INSTALAÇÃO EM PORTA DE VIDRO DA UBS CONCEIÇÃO DOS ANJOS, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	762,50
--------------	----	---	----------------	---------------	--------

<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 _____ Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	--	--

RECIBO

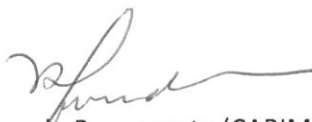
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: UNIDADE DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Rosângela Guandalin

Secretária Municipal de Saúde

Portaria n.º 002/2021

CPF 522.994.499-49