



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 003994.2022	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 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 02967 UMUARAMA COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA - ME
 Endereço AV. PARANÁ 6.281 CENTRO
 CNPJ/CPF 14.145.153/0001-31 Fone (44) 3623-1614 Cidade UMUARAMA

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

Valor Orçado 450.000,00	Saldo Anterior 130.238,80	Valor do Empenho 90,00	Saldo Atual 130.148,80
----------------------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	ADESIVO 200CM X 50CM	90,0000	90,00
02		AQUISIÇÃO/CONFECÇÃO DE ADESIVO PARA SINALIZAÇÃO DA UBS CONCEIÇÃO DOS ANJOS, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor 237 180-5 0004068-1	VALOR LIQUIDO 90,00
-------------------------------------	------------------------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Achem-se Com assinatura: <u>Rosângela Grandalln</u> nome: _____ Data ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ <u>Rosângela Grandalln</u> Secretária Municipal de Saúde Portaria n.º 002/2021 CPF 522.994.499-49 Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ <u>Juliana Lombardi de Oliveira</u> Contadora CRC PR 064907/0-6
---	---	---

RECIBO

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

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

SECRETARIA: SECRETARIA 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