



**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
003993.2022	00494	Ordinário	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


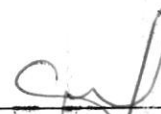
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				27.06.22	27.07.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	130.459,90	221,10	130.238,80

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	3	PLACA PVC ADESIVO 60CM X 15CM	19,8000	59,40
02	7	PLACA PVC ADESIVO 70CM X 15CM	23,1000	161,70
03		AQUISIÇÃO/CONFECÇÃO DE PLACAS EM PVC PARA IDENTIFICAÇÃO DE PORTAS DA UBS CONCEIÇÃO DOS ANJOS, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	221,10
--------------	----	---	----------------	---------------	--------

<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 064907/0-6
--	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( duzentos e vinte e um reais e dez \*\*\*\* 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 BÁSICA 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