



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
002137.2022	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 Conta 00409
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO Conta 02053
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				06.04.22	06.05.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	205.668,25	670,00	204.998,25

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1000	Folder A4 com 2 dobras	0,5900	590,00
02	200	Folha adesiva.	0,2500	50,00
03	50	Folha papel colchê A4.	0,6000	30,00
04		Confecção de folders para consultório odontológico do municipio conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	0004108-4	VALOR LIQUIDO	670,00
--------------	-----	-----	-----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) Contadora CRC PR 064907/0-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

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

Data ___/___/___ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor Data ___/___/___



SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO: CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA
Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.


Rosângela Guandalin
Assinatura do Remetente (CARIMBO)
Secretaria Municipal de Saúde
Portaria n.º 002/2021
CPF 522.994.499-49