



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 002427.2022	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390301500 MATERIAL PARA FESTIVIDADES E HOMENAGEN
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04578 AMELIA AGATA COTRIM TRONCON CRACCO 05654811932
 Endereço R AFRANIO PEIXOTO 1208 centro
 CNPJ/CPF 33.865.768/0001-87 Fone 999675862 Cidade Pérola

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
 25.04.22 25.05.22

Valor Orçado 50.000,00	Saldo Anterior 36.879,83	Valor do Empenho 290,00	Saldo Atual 36.589,83
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	3	Referente aquisição de três arranjos de flores para inauguração do Pronto Socorro Dr. Jurandy Carrilho, conforme solicitação.	96,6667	290,00

LIQUIDADO

Banco Credor 237 613-0 0004314-1 VALOR LIQUIDO 290,00

<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 _____ CONTADOR(A)
--	---	--

RECIBO

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

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



SECRETARIA: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO:

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be "R. F. Silva", written over a faint, illegible stamp.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)