



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 002689.2022 | Recurso 00303 | Tipo do Empenho Ordinário | Categoria de Empenho Comum |
|----------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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 Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento
 28.04.22 28.05.22

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Valor Orçado 650.000,00 | Saldo Anterior 290.324,99 | Valor do Empenho 510,00 | Saldo Atual 289.814,99 |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 100 | Receituário Médico. Impressos para utilização no atendimento médico das UAP's. Conforme solicitação. | 5,1000 | 510,00 |
| 02 | | | | |

LIQUIDADO

Banco Credor 237 613 0004108-4 VALOR LIQUIDO 510,00

| | | |
|---|--|---|
| <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 CONTADOR(A) |
| assinatura: nome: _____ Data ___/___/___ cargo | | |

RECIBO

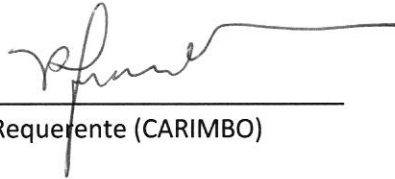
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quinhentos e dez reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: Atenção básica

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Consumo baixo, não atinge o limite de valor, amparado pela Lei 8.666/93, Art.24, Inciso II



Assinatura do Requerente (CARIMBO)