



**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
001601.2022	00303	Ordinário	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 3390304400 MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04163 ANDERSON DE SOUZA SERRANO  
 Endereço AV BRASIL, FUNDOS 209  
 CNPJ/CPF 24.388.243/0001-07 Fone Cidade ALTONIA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				21.03.22	20.04.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
400.000,00	251.048,11	976,50	250.071,61

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	60	Acrílico Cristal 3mm - 0,35m x 0,100m.	16,2750	976,50
02		Placas em acrílico para utilização na identificação das salas da nova ala do Hospital Municipal. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	104	3327	00000000920-3	VALOR LIQUIDO	976,50
--------------	-----	------	---------------	---------------	--------

<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 Lombricari Contador(a)
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

**RECIBO**

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

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

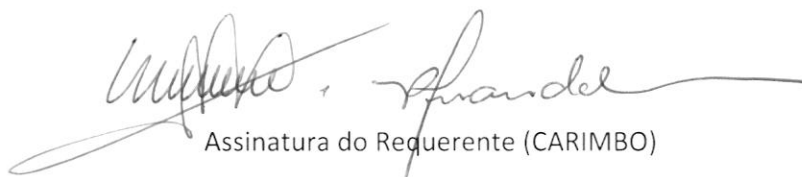


**PÉROLA**  
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE  
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)