



**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
001967.2022	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 02967 UMUARAMA COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA - ME  
 Endereço AV. PARANÁ 6.281 CENTRO  
 CNPJ/CPF 14.145.153/0001-31 Fone (44) 3623-1614 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão Vencimento  
 30.03.22 29.04.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
400.000,00	236.382,53	415,00	235.967,53

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	3	Placa de ACM 3mm + adesivo 0,45x0,60.	120,0000	360,00
02	1	Placa ACM 3mm + adesivo impressão 0,40x0,30.	55,0000	55,00
03		Placas para utilização na identificação de uso exclusivo de ambulância, nas dependências do Hospital Municipal. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 180-5 0004068-1 VALOR LIQUIDO 415,00

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-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/O-6
--	---	--

**RECIBO**

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE  
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. S. Andrade', is written over a faint, illegible stamp or watermark.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)