



**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 000279.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.037.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE  
 Desdobramento 4490524200 MOBILIÁRIO EM GERAL  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 01149 J. R. GALETI & CIA LTDA - ME  
 Endereço AV. D. PÉROLA BYINGTON 1503 CENTRO  
 CNPJ/CPF 03.166.368/0001-12 Fone Cidade PÉROLA

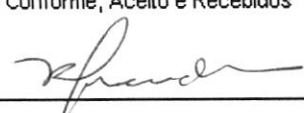

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 21.01.22	Vencimento 20.02.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 30.000,00	Saldo Anterior 30.000,00	Valor do Empenho 1.950,00	Saldo Atual 28.050,00
---------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	30	Cadeira de plástico com apoio de braço.	65,0000	1.950,00
02		Aquisição de cadeiras plástica, para utilização nas Unidades Básicas de Saúde Marli Saila, Silvanilda Rodrigues e Conceição dos Anjos, com o objetivo de atender a necessidade emergencial de pacientes com sintomas de Covid-19. Conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 613 0016372-4	<b>VALOR LIQUIDO</b>	1.950,00
-----------------------------------	----------------------	----------

<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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
---	---	---

**RECIBO**

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

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



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
Divisão: Unidades Básicas de Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Solicitação de dispensa, considerando necessidade emergencial de COVID-19 nas três unidades de saúde ( Marli Saily, Sivanilda e Conceição dos Anjos).

Assinatura do Requerente (CARIMBO)