

**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
007919.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 00663 REDUCOPIA-COPIADORA LTDA
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 4158 ZONA I
 CNPJ/CPF 02.118.251/0001-09 Fone (44) 3622-5959 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				25.11.22	25.12.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
20.000,00	4.617,91	154,50	4.463,41

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	2	Plotagem Color 1.00x1.00	15,0000	30,00
02	2	Plotagem Color 1.00x1.10	16,5000	33,00
03	2	Plotagem Color 1.00x1.25	18,7500	37,50
04	2	Plotagem Color 1.00x1.80	27,0000	54,00
05		Prestação de serviços na impressão de mapas para as Unidades Básicas de Saúde, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	341	2910	14884-6	VALOR LIQUIDO	154,50
--------------	-----	------	---------	----------------------	--------

<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

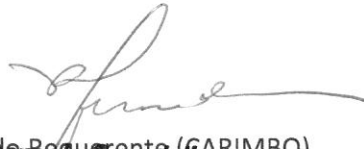
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e cinquenta e quatro reais e *** cinquenta centavos ******) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Rosângela Grandalim
Secretária Municipal de Saúde
Portaria n.º 002/2021
CPF 522.994.499-49