

**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
007520.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00470  
 Desdobramento 3390302700 MATERIAL DE MANOBRA E PATRULHAMENTO Conta 03276  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 01961 CLOMI'S - COMERCIO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA LT  
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 3670 ZONA I  
 CNPJ/CPF 08.983.127/0001-80 Fone (44) 3639-7360 Cidade UMUARAMA


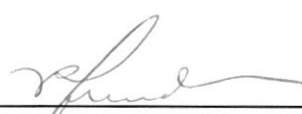
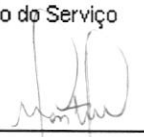
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				11.11.22	11.12.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
40.000,00	9.548,18	500,00	9.048,18

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	2	Lanterna tática luz negra/luz branca Led Cree T6	250,0000	500,00
02		Aquisição de lanternas para serem utilizadas pela Divisão da Vigilância Sanitária para a realização de busca ativa de escorpões, conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00029624-4	VALOR LIQUIDO	500,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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  Vanessa da Silva Monteiro Contadora CRC PR-064301/O-0
---	---	---

**RECIBO**

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

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

SECRETARIA DE SAUDE  
VIGILANCIA SANITARIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO CONFORME A LEI 8666/93 ART 24 INS II

ALCIDES ALVES DA CRUZ  
CPF 063.147.569-96  
Vigilância Sanitária

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)