

**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 007592.2022	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390309901 DE MAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta 00400
 Conta 02549

Credor 04658 ARIEL PIRES MACHADO 07711564996
 Endereço AV. COSTA E SILVA 647 CENTRO
 CNPJ/CPF 39.345.155/0001-03 Fone (44) 99745-8762 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 18.11.22	Vencimento 18.12.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 145.930,00	Saldo Anterior 4.102,74	Valor do Empenho 140,32	Saldo Atual 3.962,42
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Faixa impressa 2.11x0.70	140,3200	140,32
02		Aquisição de faixa para a Campanha Novembro Azul, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	140,32
--------------	----	---	----------------	---------------	--------

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

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e quarenta reais e trinta e **** dois 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:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

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