

**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
007914.2022	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
 Desdobramento 3390302700 MATERIAL DE MANOBRAS E PATRULHAMENTO
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00470
Conta	03276

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

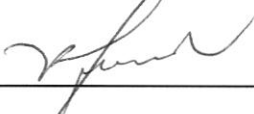


Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				25.11.22	25.12.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
40.000,00	8.548,18	500,00	8.048,18

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 na busca ativa de escorpões pela Divisão de Vigilância Sanitária, 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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC-PR 064907/O-6
---	---	--

RECIBO

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

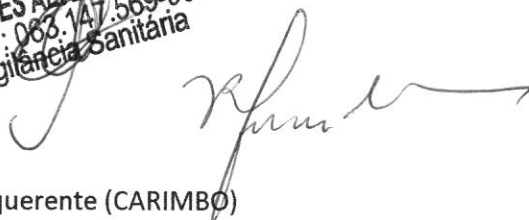
Data: ___/___/___ Credor: _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data: ___/___/___

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)