

**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
006903.2022	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 3390303999 OUTROS MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO DE VE Conta 02956
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 00115 ERICO PEREIRA PEÇAS
 Endereço PRAÇA OMERI BORGES 190 CENTRO
 CNPJ/CPF 05.796.738/0001-20 Fone 3636-1654 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.10.22	19.11.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
40.000,00	10.333,57	191,00	10.142,57

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Cano de água do radiador	68,0000	68,00
02	1	Correia dentada	85,0000	85,00
03	1	Kit de borrachas	38,0000	38,00
04		Aquisição de peças para manutenção do veículo Uno, placa AXU-6792, pertencente a Divisão de Vigilância Sanitária, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	024732-4	VALOR LIQUIDO	191,00
--------------	-----	-----	----------	----------------------	--------

<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 (cento e noventa e um 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alcido Alves da Cruz", written over the stamp.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)