



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
006099.2022	00494	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 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.09.22	19.10.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	48.884,63	500,00	48.384,63

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	5	Adesivo - Assento preferencial	7,0000	35,00
02	20	Adesivo - Assento preferencial e prioritário	7,0000	140,00
03	20	Adesivo - Assento preferencial - Figuras	7,0000	140,00
04	20	Adesivo - Atendimento prioritário	7,0000	140,00
05	20	Adesivo - Assento prioritário redondo	2,2500	45,00
06		Prestação de serviços na confecção de adesivos para atendimentos e assentos prioritários para uso da Secretaria de Saúde, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	77	1	000008244193-6	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 064907/0-6
--	--	--

RECIBO

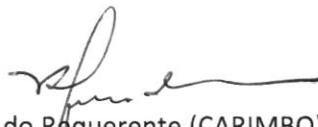
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quinhentos reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA 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