

**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
006102.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS  
 Desdobramento 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ  
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR  
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 19.09.22 Vencimento 19.10.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
65.000,00	8.814,54	670,00	8.144,54

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	5000	Ficha de visita domiciliar formato 11x22	0,0800	400,00
02	15	Blocos 100x1 PNCD formato 9	18,0000	270,00
03		Prestação de serviços na confecção de fichas que serão utilizadas pelos agentes de endemias na visitas domiciliares, conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	613	0004108-4	VALOR LIQUIDO	670,00
--------------	-----	-----	-----------	---------------	--------

<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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/0-6
---	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( seiscentos e setenta 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**  
CONFECCAO DE FICHAS QUE SERAO UTILIZADAS PELOS AGENTES DE ENDEMIAS NAS VISITAS

**ALCIDES ALVES DA CRUZ**  
CPF: 063.147.569-96  
Vigilância Sanitária

Assinatura do Requerente (CARIMBO)