



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
004947.2022	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 Conta 00409
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J Conta 02078
 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				28.07.22	27.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	65.582,03	18,00	65.564,03

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	2	Adesivo 0,50x0,20	9,0000	18,00
02		Confecção de adesivos para identificação da recepção das Unidades Básicas de Saúde Marli Saila Montana do Lago Albuquerque e Sivanilda Rodrigues de Souza Pulsides, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	18,00
--------------	----	---	----------------	----------------------	-------

Declaramos que os <input checked="" type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____	Encarregado do Serviço
	assinatura :  nome : _____ Data ____/____/____ cargo _____	 Ordenador da Despesa

RECIBO

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

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



PÉROLA
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: UNIDADE DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

Assinatura do Requerente (GARIMBO)

Rosângela Guandalin

Secretária Municipal de Saúde

Portaria n.º 002/2021

CPF 522.994.499-49