



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
005150.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00399
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 02421
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 01551 MARGARETE DE FATIMA PICIRILO DA ROCHA
 Endereço AV.PEROLA BYINGTON 889 CENTRO
 CNPJ/CPF 06.298.237/0001-87 Fone (44) 3636-1310 Cidade PÉROLA

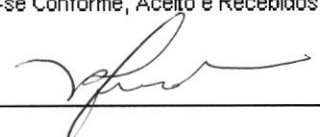

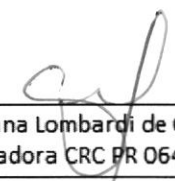
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				05.08.22	04.09.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
10.000,00	4.619,24	300,10	4.319,14

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Tinta Acr FC Ciacollor Premium Marrom	114,2000	114,20
02	1	Fita crepe Adere 45x50	13,9000	13,90
03	2	Farben Thinner Ref.: 500 900ml	20,5000	41,00
04	1	Tinta spray Mundial Cinza Médio 400m	23,1000	23,10
05	1	Eucatex Tinta Esmalte Marrom 3.600	107,9000	107,90
06		Aquisição de materiais para pintura das portas e corrimão da Unidade Básica de Saúde Conceição Assunção dos Anjos, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00008350-X	VALOR LIQUIDO	300,10
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <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 (trezentos reais e dez centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



SECRETARIA: SAÚDE
DIVISÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA
Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)