

**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
005368.2022	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 3390396301 IMPRESSOS EM GERAL DE USO INTERNO Conta 02053
 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

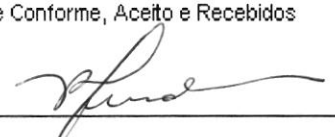
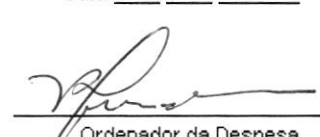
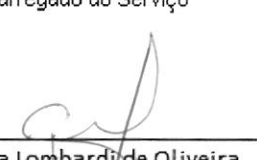
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.08.22	18.09.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	60.601,87	484,00	60.117,87

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	200	Folder A4 com 2 dobras	2,4200	484,00
02		Confecção de folders para serem utilizados no Consultório Odontológico do Município de Pérola, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	0004108-4	VALOR LIQUIDO	484,00
--------------	-----	-----	-----------	----------------------	--------

<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 (quatrocentos e oitenta e quatro reais*
 *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

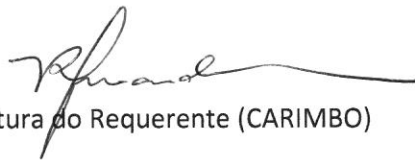
Data ____/____/____ Credor

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

SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO: CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)