



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
004473.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302800 MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00470
Conta	02486

Credor 01961 CLOMI'S - COMERCIO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA LT
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 3670 ZONA I
 CNPJ/CPF 08.983.127/0001-80 Fone (44) 3639-7360 Cidade UMUARAMA

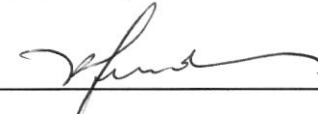

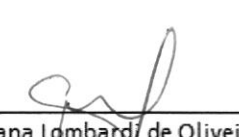
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.07.22	07.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
40.000,00	20.538,62	640,00	19.898,62

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	4	Máscara Advantage Preto M	80,0000	320,00
02	4	Cartucho para máscara Advantage	80,0000	320,00
03		Aquisição de equipamentos para EPI para utilização da Divisão da Vigilância Sanitária na aplicação de veneno. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00029624-4	VALOR LIQUIDO	640,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 (seiscentos e quarenta reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA DE SAUDE
VIGILANCIA SANITARIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

COMPRA DE EPIS/ MASCARAS PARA APLICAÇÃO DE VENENO

ALCIDES ALVES DA CRUZ
CPF: 063.147.569-96
Vigilância Sanitária



Assinatura do Requerente (CARIMBO)