**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
004603.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00447
 Desdobramento 3390302400 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 01492
 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

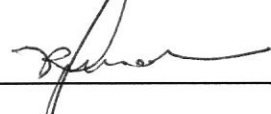

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				20.07.22	19.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
400.000,00	951,93	214,00	737,93

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Maza Super Piso Premium Vermelho	29,9000	29,90
02	1	Maza Super Piso Premium Amarelo	75,1000	75,10
03	1	Maza Super Piso Premium Branco	75,1000	75,10
04	1	Lukscolor Tinta Piso FC Verde	33,9000	33,90
05		Aquisição de materiais que serão utilizados na identificação das calçadas do Hospital Municipal Dr. Raul Sérgio Bittencourt, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00008350-X	VALOR LIQUIDO	214,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

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 (duzentos e quatorze reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



SECRETARIA: SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rosângela Guandalmi".

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Rosângela Guandalmi
Secretária Municipal de Saúde
Portaria n.º 002/2021
CPF 522.994.499-49