



**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 000606.2024	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 3390301900 MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAG  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04712 R A BARBOSA DOS SANTOS LTDA  
 Endereço AV DONA PÉROLA BYINGTON 969 CENTRO  
 CNPJ/CPF 44.870.708/0001-79 Fone 4498004116 Cidade Pérola

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 31.01.24	Vencimento 01.03.24
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 10.000,00	Saldo Anterior 8.910,00	Valor do Empenho 390,00	Saldo Atual 8.520,00
---------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	10	REFERENTE AQUISIÇÃO DE SACOS DE LIXO 100L PARA USO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM COMBATE À DENGUE E ESCORPIÃO AMARELO, CONFORME SOLICITAÇÃO.	39,0000	390,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 748 726 019439-1	VALOR LIQUIDO 390,00
----------------------------------	-------------------------

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/O-6
--	--	--

**RECIBO**

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

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



SECRETARIA DE SAUDE  
VIGILANCIA SANITARIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO CONFORME A LEI 8666/93 ART 24 INS II

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Alcides", written over a horizontal line.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

ALCIDES ALVES DA CRUZ  
CPF: 163.747.869-96  
Vigilância Sanitária

**PROVIGIA**