



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
007397.2019	00498	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.028.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 02699
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVE Conta 02824
 Fonte de Recursos 00498 Assistência Farmacêutica

Credor 03956 EDILSON DESTASSI CAMARGO 04383284930
 Endereço R AFRANIO PEIXOTO 1534 CENTRO
 CNPJ/CPF 28.788.373/0001-98

Fone	Cidade
	PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				09.12.19	08.01.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
1.600,00	500,00	80,00	420,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE INSTALAÇÃO D TOMADAS DE TELEFONE E ENERGIA NA FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	80,00	80,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00096904-7	VALOR LIQUIDO	80,00
--------------	-----	-----	------------	---------------	-------

Declaramos que os <input checked="" 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 COMISSARIADOR(A) CRC PR - 06490710/6
--	--	---

RECIBO

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, n°1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO: Farmácia básica

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Serviço de baixo valor

Assinatura (CARIMBO)