



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
001910.2020	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta 00298
 Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI Conta 02158
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 01941 PEDRO PERISSATO - ME
 Endereço RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA 876 CENTRO
 CNPJ/CPF 09.034.628/0001-82 Fone (44) 3636-2152 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				03.04.20	03.05.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
190.000,00	63.451,26	385,00	63.066,26

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA MANUTENÇÃO NOS COMPUTADORES DA UBS, CONFORME SOLICITAÇÃO.	385,00	385,00

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	00026888-3	VALOR LIQUIDO	385,00
--------------	-----	-----	------------	----------------------	--------

<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 _____ CONTADOR(A) _____ <small>CPF PR - 0649070-6</small>
---	--	--

RECIBO

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria Municipal: SAÚDE

Divisão: UAP's

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Baixo valor.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)