

**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
006383.2021	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00288  
 Desdobramento 3390399999 DE MAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J Conta 01977  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ  
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR  
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				12.11.21	12.12.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	2.511,87	35,00	2.476,87

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Confecção de carimbo com informações, para ser utilizado na Secretaria Municipal de Saúde. Conforme solicitação.	35,0000	35,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	613	0004108-4	VALOR LIQUIDO	35,00
--------------	-----	-----	-----------	---------------	-------

<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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR - 064907/0-5
---	---	--

**RECIBO**

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

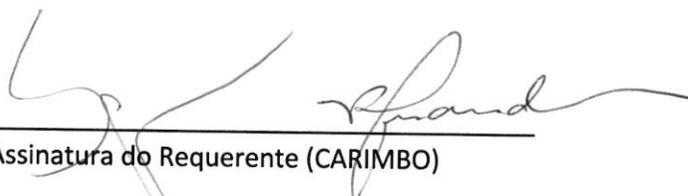
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Credor: \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Secretaria de Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Carimbo com informações da secretaria municipal de saúde, considerando que o que estava em uso, quebrou e não está em condições de uso.

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)