



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
004004.2021	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 00327
 Desdobramento 3390302500 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEI Conta 02493
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04536 J C DA SILVA EQUIPAMENTOS ODONTOLOGICOS
 Endereço AV GUARANI 2645 ZONA IV
 CNPJ/CPF 32.915.102/0001-23 Fone 30282318 Cidade UMUARAMA

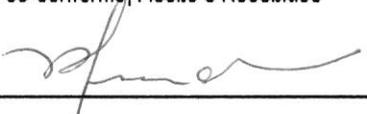
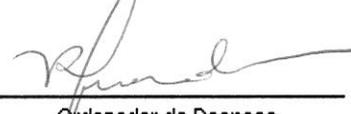
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				28.07.21	27.08.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
165.930,00	31.340,31	670,00	30.670,31

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Resistência de destiladora de água.	600,0000	600,00
02	1	Rolamento da Caneta de alta rotação.	70,0000	70,00
03		Peças para uso na manutenção de equipamento de utilização da Divisão de Odontologia. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00064764-0	VALOR LIQUIDO	670,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RECIBO

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

Data ___/___/___ Credor _____

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



SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

SECRETARIA: Saúde

DIVISÃO: Odontologia

Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Valor Unit.	Valor Total
1	1	unid.	Resistência de destiladora-	600,00	600,00
2	1	unid.	Rolamento de caneta de alta rotação	70,00	70,00
TOTAL					670,00

Finalidade: Peças para manutenção de equipamentos na unidade básica de saúde

Solicito ao Departamento de Contabilidade o empenho dos materiais/serviços acima citados.

Código da Despesa 32AFR 494 APSUS

Anexo certidões (FGTS, INSS e Trabalhista)

Fornecedor: J C da Silva Equipamentos Odontológicos

CNPJ: 32.915.102/0001-23 Fone: (44) 3028-2318

Banco: Banco do Brasil Agência: 0645-9 Conta: C/C 64764-0

Endereço: Avenida Guarani, 2645 Zona 4 Umuarama-PR

DATA: / /

Leticia Bolson Trentin
Cirurgiã Dentista - CRO-PR 12754
CPF 023.510.109-57

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Secretaria de Administração e Fazenda

Visto:

DATA: / /

Carlos Roberto D. dos Santos
Secretário Municipal de
Fazenda e Administração
CPF 513.022.849-91 - Portaria 005/2021

Assinatura (Carimbo)

Contabilidade

Recebi em: 28 / 07 / 2021

Assinatura (CARIMBO)



SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO: Odontologia

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade:

Para conserto e regulagem do equipo odontológico na Unidade de Saúde Básica, justificando a dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

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