



**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
003417.2021	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E  
 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

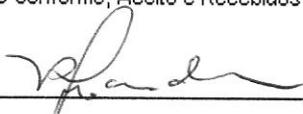
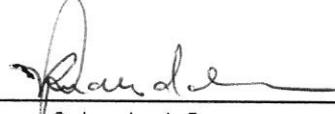
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.06.21	30.07.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
430.000,00	147.668,10	150,00	147.518,10

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONSERTO E REGULAGEM NO EQUIPO CANETA E LIMPEZA CANETA ALTA ROTAÇÃO, EM DOIS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE PÉROLA-PR CONFORME SOLICITAÇÃO.	150,0000	150,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	645-9	00064764-0	VALOR LIQUIDO	150,00
--------------	---	-------	------------	---------------	--------

<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/O-6
---	---	---

**RECIBO**

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

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO: Odontologia

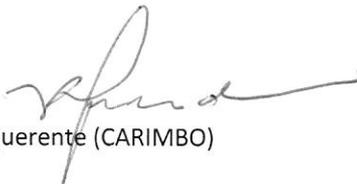
**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

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

*Leticia Bolson Trentini*  
Cirurgiã Dentista - CRB-PR 12754  
CPF 023.510.109-57



Assinatura do Requerente (CARIMBO)