



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 002441.2021	Recurso 01019	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.122.0010.2.063.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE Conta 01522
 Desdobramento 4490520600 APARELHOS E EQUIPAMENTOS DE COMUNICAÇÃO Conta 02197
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04510 VINICIUS CORREIA PEREIRA INFORMATICA E AUTOMAÇÃO
 Endereço AV. FLORIDA 3917 ZONA I
 CNPJ/CPF 16.785.216/0001-40 Fone (44) 3626-1100 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 25.05.21	Vencimento 24.06.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 3.000,00	Saldo Anterior 3.000,00	Valor do Empenho 650,00	Saldo Atual 2.350,00
--------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE APARELHO CONVERSOR DE PROTOCOLO IP ATA 200, PARA UTILIZAÇÃO NA DIVISÃO DO AMBULATÓRIO COVID-19. CONFORME SOLICITAÇÃO.	650,00	650,00

LIQUIDADO

Banco Credor	422	153	000000581549-1	VALOR LIQUIDO	650,00
--------------	-----	-----	----------------	---------------	--------

<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 Vanessa da Silva Monteiro CRC-PR 064301.0-0 CPF 038.544.79-07
---	---	---

RECIBO

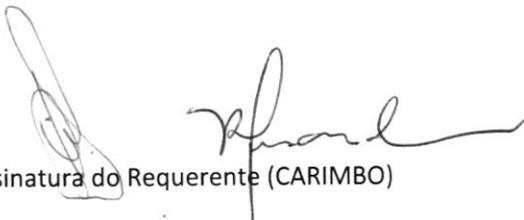
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (seiscentos e cinquenta reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

Secretaria: MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão: Ambulatório do COVID-19

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Para o funcionamento do sistema de telefonia do ambulatório do COVID-19, material de aquisição esporádica, amparado pela dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)