



**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
003785.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00409  
 Desdobramento 3390394800 SERVIÇO DE SELEÇÃO E TREINAMENTO Conta 02674  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04735 CLINICA DE INTERVENCAO PRECOCE TAA LTDA  
 Endereço RUA BAHIA 4465 ZONA II  
 CNPJ/CPF 31.285.571/0001-43 Fone (44) 99859-1008 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				13.06.22	13.07.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	135.262,40	3.040,00	132.222,40

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	4	REFERENTE PAGAMENTO DE INSCRIÇÃO PARA CURSO DE ASSISTENTE TERAPÊUTICO NO MÉTODO DENVER, PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS AUTISTAS DO MUNICÍPIO DE PÉROLA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	760,0000	3.040,00

**LIQUIDADO**

<b>Banco Credor</b>	84	7	000000099321-2	<b>VALOR LIQUIDO</b>	3.040,00
---------------------	----	---	----------------	----------------------	----------

Declaramos que os <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 064907/0-6
---	---	---

**RECIBO**

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

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

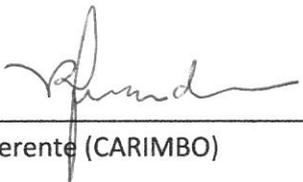


SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
Divisão: Atenção Básica

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Necessidade de aperfeiçoamento e qualificação profissional para atendimento de crianças autistas do município de Pérola, sendo curso extraordinário, de baixo valor, em conformidade com a lei 8666/93 artigo 24 inciso 2

---

   
Assinatura do Requerente (CARIMBO)