



**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 001611.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00454  
 Desdobramento 3390396302 IMPRESSOS PARA A DIVULGAÇÃO DE SERVIÇO Conta 02148  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02967 UMUARAMA COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA - ME  
 Endereço AV. PARANÁ 6.281 CENTRO  
 CNPJ/CPF 14.145.153/0001-31 Fone (44) 3623-1614 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 21.03.22	Vencimento 20.04.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 650.000,00	Saldo Anterior 411.677,47	Valor do Empenho 3.800,00	Saldo Atual 407.877,47
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Painel em lona (11,75m x 1,80m). Confecção de Painel em lona para identificação da nova ala do Hospital Municipal. Conforme solicitação.	3.800,0000	3.800,00
02				

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 180-5 0004068-1	VALOR LIQUIDO 3.800,00
-------------------------------------	---------------------------

<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 Lombrá Pereira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	--	--

**RECIBO**

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

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



**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 001612.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 02967 UMUARAMA COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA - ME  
 Endereço AV. PARANÁ 6.281 CENTRO  
 CNPJ/CPF 14.145.153/0001-31 Fone (44) 3623-1614 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 21.03.22	Vencimento 20.04.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 650.000,00	Saldo Anterior 407.877,47	Valor do Empenho 150,00	Saldo Atual 407.727,47
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01 02	1	Deslocamento para instalação. Prestação de serviços em deslocamento e instalação de Painel em lona para identificação da nova ala do Hospital Municipal. Conforme solicitação.	150,0000	150,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 237 180-5 0004068-1	VALOR LIQUIDO 150,00
-------------------------------------	-------------------------

<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 ( cento e cinquenta reais \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE  
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)