



**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
004521.2022	00303	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  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04658 ARIEL PIRES MACHADO 07711564996  
 Endereço AV. COSTA E SILVA 647 CENTRO  
 CNPJ / CPF 39.345.155/0001-03 Fone (44) 99745-8762 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				14.07.22	13.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
20.000,00	7.525,74	644,02	6.881,72

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Faixa impressa 2.00 x 0.80.	144,0000	144,00
02	2	Envelopamento de fichários com impressão.	250,0100	500,02
03		Confecção de faixa indicativa com o novo endereço da nova UBS Conceição dos Anjos e impressão de adesivo para envelopamento de fichários para arquivos, conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	644,02
--------------	----	---	----------------	---------------	--------

Declaramos que os <input checked="" type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	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
assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo _____		

**RECIBO**

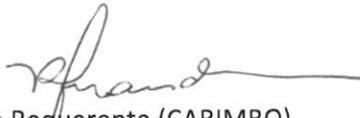
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( seiscentos e quarenta e quatro reais e dois centavos \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

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