**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANÁ**

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
000828.2023	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 TERCEIROS Conta 00400

Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J Conta 02160

Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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

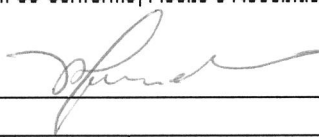
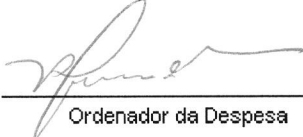
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				07.02.23	09.03.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
364.000,00	307.237,12	1.097,67	306.139,45

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	ADESIVO PERFURADO	850,7200	850,72
02	1	ADESIVO IMPRESSO	246,9500	246,95
03		AQUISIÇÃO DE ADESIVOS PARA PORTAS DO AMBULATÓRIO MÓVEL OFTALMOLÓGICO, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	1.097,67
--------------	----	---	----------------	---------------	----------

☐ Serviços Foram Prestados ☐ Materiais Foram Entregues ☐ 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 (um mil e noventa e sete reais e sessenta e sete centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

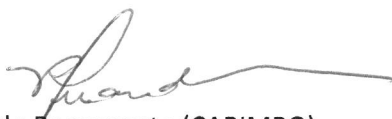
Data: ____/____/____ Credor: _____

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: OFTALMOLOGIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Rosângela Guandalln
Secretária Municipal de Saúde
Portaria n.º 002/2021
CPF 522.994.499-49