



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 003268.2023	Recurso 03497	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390304400 MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS
 Fonte de Recursos 03497 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Credor 04985 MONSEAL INDUSTRIA E COMERCIO LTDA
 Endereço RUA 1064 110 SETOR PEDRO LUDOVICO
 CNPJ/CPF 20.627.783/0001-45 Fone (62) 3092-0025 Cidade GOIÂNIA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 08.05.23	Vencimento 07.06.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 34.813,66	Saldo Anterior 34.213,66	Valor do Empenho 672,00	Saldo Atual 33.541,66
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	28	REFERENTE AQUISIÇÃO DE BANDEIROLAS DE SINALIZAÇÃO PARA USO DOS AGENTES DE ENDEMIAS NO COMBATE A DENGUE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	24,0000	672,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1269-6	00042098-0	VALOR LIQUIDO	672,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<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 Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	--	---

RECIBO

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

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



SECRETARIA: SAÚDE
DIVISÃO: VIGILÂNCIA SANITÁRIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO CONFORME A LEI 8666/93 ART 24 INS II

ALCIDES ALVES DA CRUZ
CPF: 066.147.809-96
Vigilância Sanitária

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

PROVIGIA