



**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 003903.2023	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 3390302800 MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA  
 Fonte de Recursos 03497 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Conta	02429
Conta	03056

Credor 01961 CLOMI'S - COMERCIO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA LT  
 Endereço AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO 3670 ZONA I  
 CNPJ/CPF 08.983.127/0001-80 Fone (44) 3639-7360 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 29.05.23	Vencimento 28.06.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 34.813,66	Saldo Anterior 31.209,48	Valor do Empenho 360,00	Saldo Atual 30.849,48
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	3	REFERENTE AQUISIÇÃO DE CALÇADOS/BOTINAS PARA USO DOS AGENTES DE ENDEMIAS, CONFORME SOLICITAÇÃO.	120,0000	360,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	645-9	00029624-4	<b>VALOR LIQUIDO</b>	360,00
--------------	---	-------	------------	----------------------	--------

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/O-6
---	---	--

**RECIBO**

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

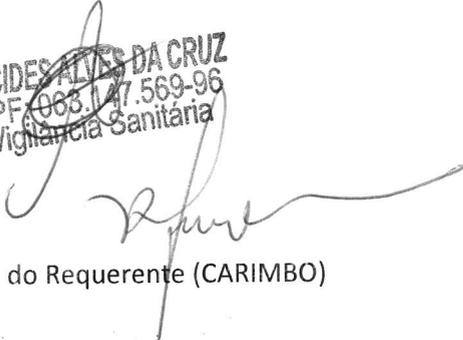
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Credor: \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SECRETARIA DE SAUDE  
VIGILANCIA SANITARIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

SOLICITAÇÃO CONFORME A LEI 8666/93 ART 24 INS II

ALCIDES ALVES DA CRUZ  
CPF 068.147.569-96  
Vigilância Sanitária

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)