

**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
004158.2023	00000	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde

Dotação 10.305.0010.2.034.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO

Desdobramento 3390396302 IMPRESSOS PARA A DIVULGAÇÃO DE SERVIÇO

Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

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				05.06.23	05.07.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
20.000,00	8.950,61	1.418,00	7.532,61

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	10	REFERENTE CONFEÇÃO DE FAIXAS PARA CAMPANHA CONTRA O ESCORPIÃO AMARELO QUE SERÃO DISPONIBILIZADAS EM DIVERSOS PONTOS DO MUNICÍPIO DE PÉROLA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	141,8000	1.418,00
LIQUIDADO				

Banco Credor	77	1	000008244193-6	VALOR LIQUIDO	1.418,00
--------------	----	---	----------------	---------------	----------

Declaramos que os ☐ 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 quatrocentos e dezoito reais***
*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____

Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____

Data ____/____/____.



PÉROLA
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO: EPIDEMIOLOGIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

Assinatura do Requerente (ARIMBO)
Rosângela Guandalino
Secretária Municipal de Saúde
Portaria n.º 002/2021
CPF 522.994.499-49