



# 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 003905.2023	Recurso 00000	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 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Conta	00463
Conta	01816

Credor 03338 PEROLA COMERCIO DE UTILIDADES DOMESTICAS LTDA  
 Endereço AV PÉROLA BYINGTON 1499 CENTRO  
 CNPJ/CPF 13.530.058/0001-99

Fone	4436362291
Cidade	PÉROLA

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

Valor Orçado 15.000,00	Saldo Anterior 13.286,20	Valor do Empenho 3,00	Saldo Atual 13.283,20
---------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	LIMPADOR DE FOGÃO	3,0000	3,00
02		REFERENTE AQUISIÇÃO DE PRODUTO PARA SER UTILIZADO EM AÇÕES DOS AGENTES DE ENDEMIAS, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	098636-4	<b>VALOR LIQUIDO</b>	3,00
--------------	-----	-----	----------	----------------------	------

<input 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 ( três reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA DE SAUDE  
VIGILANCIA SANITARIA

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

SOLICITAÇÃO CONFORME A LEI 8666/93 ART 24 INS II

ALCIDES LVES DA CRUZ  
CPF: 028.147.569-96  
Vigilância Sanitária



Assinatura do Requerente (CARIMBO)