



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 003855.2023	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 TERCEIRO
 Desdobramento 3390396302 IMPRESSOS PARA A DIVULGAÇÃO DE SERVIÇO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 26.05.23	Vencimento 25.06.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 200.000,00	Saldo Anterior 47.315,91	Valor do Empenho 680,00	Saldo Atual 46.635,91
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	500	REFERENTE AQUISIÇÃO DE FOLDERS FRENTE E VERSO PARA CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E BEBÊS, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1,3600	680,00

LIQUIDADO

Banco Credor 237 180-5 0355108-3	VALOR LIQUIDO	680,00
-------------------------------------	---------------	--------

<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 oitenta reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SAÚDE
DIVISÃO: ODONTOLOGIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA
Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

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