

**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

007743.2023

Recurso

00495

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 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J

Fonte de Recursos 00495 ATENÇÃO BÁSICA

Credor 02967 UMUARAMA COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA - ME

Endereço AV. PARANÁ 6.281 CENTRO

CNPJ/CPF 14.145.153/0001-31

Fone (44) 3623-1614 Cidade UMUARAMA

Licitação

Dispensa por Lim

Número

Solicitação

Contrato

Emissão

04.10.23

Vencimento

03.11.23

Valor Orçado

103.200,00

Saldo Anterior

68.280,12

Valor do Empenho

530,00

Saldo Atual

67.750,12

| Item | Quant. | Especificação                                                                                                                                      | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 01   | 1      | ADESIVO JANELA SALA DE VACINAÇÃO<br>1,500 X 1,100                                                                                                  | 289,6500       | 289,65      |
| 02   | 2      | ADESIVO DE IMPRESSÃO 1,200 X 0,800                                                                                                                 | 120,1800       | 240,36      |
| 03   |        | REFERENTE CONFECÇÃO DE ADESIVOS<br>PARA SEREM APLICADOS NAS NOVAS<br>SALAS DE VACINAÇÃO DAS UNIDADES<br>BÁSICAS DE SAÚDE, CONFORME<br>SOLICITAÇÃO. |                |             |

**LIQUIDADO**

Banco Credor

237

180-5

0004068-1

**VALOR LIQUIDO**

530,00

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 ( quinhentos e trinta reais\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Credor

Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE  
DIVISÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

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