



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	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
003979.2024	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 3390394100 FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 02103 M S S N HOTEL E CHURRASCARIA LTDA
 Endereço AV DONA PÉROLA BYINGTON 1095 CENTRO
 CNPJ/CPF 10.728.106/0001-60 Fone (44) 3636-1373 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				10.06.24	10.07.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
5.000,00	4.233,00	159,00	4.074,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	2	MARMITA G	22,0000	44,00
02	3	MARMITA M	18,0000	54,00
03	1	MARMITA P	16,0000	16,00
04	1	MARMITA SALADA GRANDE	20,0000	20,00
05	1	COCA-COLA 2L	13,0000	13,00
06	1	FANTA LARANJA 2L	12,0000	12,00
07		REFERENTE FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES PARA OS SERVIDORES QUE IRÃO TRABALHAR NA CAMPANHA DO DIA "D" CONTRA A PÓLIO, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	039643-5	VALOR LIQUIDO	159,00
--------------	-----	-----	----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 (cento e cinquenta e nove reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

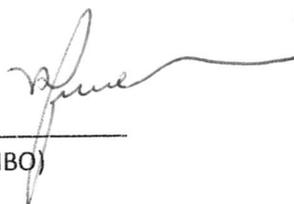
Data ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	Data ____/____/____

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: Vigilância Sanitária

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Decreto N° 037 de 23 de Fevereiro de 2024, Artº3, inciso VIII.

LUCCAS DA LUZ SOUZA
CARIMBO
342.535



Assinatura do Requerente (CARIMBO)