



**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
007177.2024	03494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.071.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO  
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO  
 Fonte de Recursos 03494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 05099 M J F ARTIGOS PARA FESTAS LTDA  
 Endereço RUA FELINTO MULLER 148 CENTRO  
 CNPJ/CPF 52.356.355/0001-11 Fone (44) 99861-8863 Cidade PÉROLA

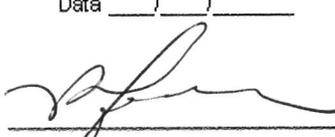
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				08.10.24	07.11.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
11.253,00	4.575,38	182,78	4.392,60

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	26	COPO TWISTER 300 ML COM TAMPA	3,2500	84,50
02	26	LAÇO DE CETIM	1,2000	31,20
03	52	FINI DENTADURA	1,2900	67,08
04		REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS PELA EQUIPE DO CENTRO DE ATENDIMENTO AOS AUTISTAS, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	756	4379	000056773-6	<b>VALOR LIQUIDO</b>	182,78
--------------	-----	------	-------------	----------------------	--------

<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  Vanessa da Silva Monteiro Contadora CRC PR 064301/O-0
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cento e oitenta e dois reais e \*\*\*\*\* setenta e oito centavos \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor: \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

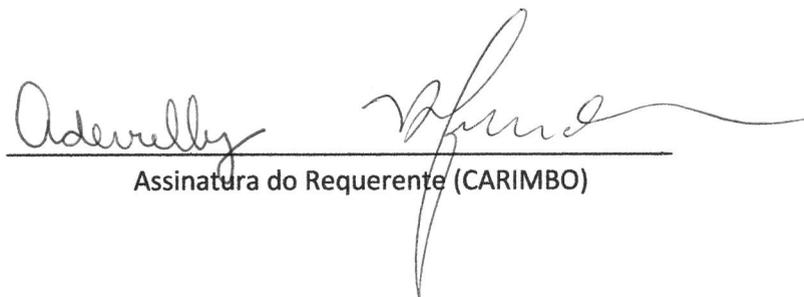


SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
Divisão: Atenção Primária

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Referente a material utilizado em atividade realizada no mês de outubro, pela equipe de atendimento, com as crianças diagnosticadas com autismo. Esta atividade se faz necessária para o desenvolvimento da aut-estima e estabelecimento de vínculo terapêutico.

A despesa tem embasamento no artigo 3º, inciso V e VIII do decreto 037, de fevereiro de 2024.

  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)