

**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 | Recurso | Tipo do Empenho | Categoria de Empenho |
| 004504.2025 | 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 Conta 00515

Desdobramento 3390394100 FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO Conta 04034

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 | | | | 04.07.25 | 03.08.25 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| Valor Orçado | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| 5.000,00 | 2.639,20 | 83,00 | 2.556,20 |

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 3 | MARMITA M | 21,0000 | 63,00 |
| 02 | 1 | MARMITA SALADA GRANDE | 20,0000 | 20,00 |
| 03 | | REFERENTE FORNECIMENTO DE ALMOÇO PARA SERVIDORES QUE PARTICIPARÃO DA CAMPANHA DE INTENSIFICAÇÃO DE SARAMPO, CONFORME SOLICITAÇÃO. | | |

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|----------|---------------|-------|
| Banco Credor | 748 | 726 | 039643-5 | VALOR LIQUIDO | 83,00 |
|--------------|-----|-----|----------|---------------|-------|

Declaramos que os ☐ Serviços Foram Prestados
☐ Materiais Foram Entregues
☐ Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s)
acima discriminada(a).

Data ____/____/____

Encarregado do Serviço

assinatura: _____

nome: _____

Ordenador da Despesa

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora CRC/PR 064907/O-6

Data ____/____/____ cargo

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (oitenta e três reais*****
*****) 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: Vigilância Sanitária

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

Lucas da Luz Stel
Coren-PR
352.535

Assinatura do Requerente (CARIMBO)