



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
003108.2020	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390303903 BATERIAS
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00298
Conta	02213

Credor 04034 ELISANGELA RUIZ ZEM 03594740986
 Endereço RUA FELINTO MULLER 244 CENTRO
 CNPJ/CPF 30.069.062/0001-10 Fone (44) 99734-9435 Cidade PEROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				10.06.20	10.07.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
257.000,00	11.205,50	129,00	11.076,50

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE BATERIA PARA MANUTENÇÃO DA MOTOCICLETA DE PLACA BAD-9592 DA UAP SIVANILDA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	129,00	129,00

LIQUIDADO

Banco Credor	756	4379	00009537-0	VALOR LIQUIDO	129,00
--------------	-----	------	------------	---------------	--------

<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 L. dos Santos Oliveira Contábil CRC PR-06490770-5
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e vinte e nove reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde

DIVISÃO: UAPS SIVANILDA RODRIGUES DE SOUZA PULSIDES

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Material de baixo valor

Assinatura do Requerente (CARIMBO)