



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
005685.2021	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 3390301600 MATERIAL DE EXPEDIENTE
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00327
Conta	01311

Credor 01805 VALDENICE M. MENEGUETI - LIVRARIA - ME
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 1461 CENTRO
 CNPJ/CPF 08.366.418/0001-29 Fone 3636-2788 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.10.21	14.11.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
185.930,00	3.285,91	285,20	3.000,71

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	14	Refil de cola quente.	0,5000	7,00
02	3	Refil cola quente.	1,0000	3,00
03	2	Bola de isopor.	2,6500	5,30
04	14	EVA com glitter.	6,9500	97,30
05	1	Pistola para cola quente.	27,9000	27,90
06	3	Cola para isopor.	7,6000	22,80
07	53	EVA.	2,3000	121,90
08		Materiais para utilização na Campanha Outubro Rosa. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613	0018557-4	VALOR LIQUIDO	285,20
--------------	-----	-----	-----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço CONTADOR(A)
assinatura: _____ nome: _____		
Data ___/___/___ cargo _____		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e oitenta e cinco reais e vinte centavos) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

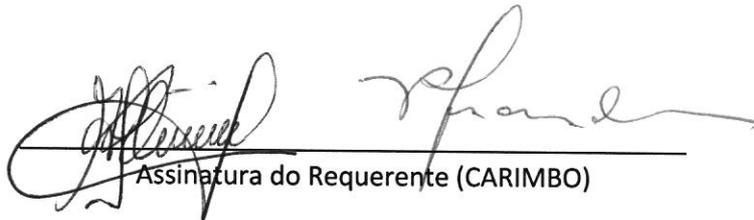
Fuhana Lombardi de Oliveira
 Contadora
 06/30/21

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

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Secretaria Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Para a campanha do Outubro Rosa (enfeitar a avenida, unidades básicas de saúde e secretaria geral) ,
visando trabalho de prevenção em saúde.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)