



**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 003373.2021	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho 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 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Conta	00327
Conta	01628

Credor 02343 EDITORA E PAPELARIA UMUARAMA LTDA - ME  
 Endereço AV.BRASIL 2424 ZONA VII  
 CNPJ/CPF 03.895.029/0001-77 Fone (44) 3055-4338 Cidade UMUARAMA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 29.06.21	Vencimento 29.07.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 165.930,00	Saldo Anterior 82.627,17	Valor do Empenho 2.700,00	Saldo Atual 79.927,17
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE 180 CADERNETAS DA CRIANÇA PARA USO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE, PARA ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS RECEM NASCIDAS DO MUNICÍPIO. CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.700,0000	2.700,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	104 570-0 00000001184-8	VALOR LIQUIDO	2.700,00
--------------	-------------------------	---------------	----------

<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  Vanessa da Silva Monteiro CONTADOR 0643670-0-0 CPF 088.511.179-07
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( dois mil e setecentos reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

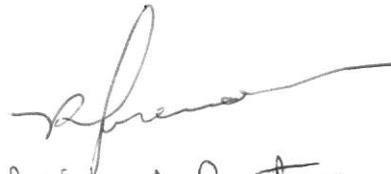
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor \_\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Unidades de Básica de Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

A necessidade imediata de adquirir este material para acompanhamento de desenvolvimento dos recém nascidos do municípios, uma vez que o governo estadual não está enviando este material tão importante.

Estas cadernetas sempre foram entregues pelo M.S. e agora não viram mais.



Aderelly Ribeiro de Castro  
Assinatura do Requerente (CARIMBO)