

**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
004251.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 03338 PEROLA COMERCIO DE UTILIDADES DOMESTICAS LTDA
 Endereço AV PÉROLA BYINGTON 1499 CENTRO
 CNPJ/CPF 13.530.058/0001-99
 Fone 4436362291
 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				29.06.22	29.07.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
145.930,00	69.924,82	127,50	69.797,32

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	BRINKS BLOCOS 56 PEÇAS	40,0000	40,00
02	2	CUBO MÁGICO	15,0000	30,00
03	1	TINTA GUACHE	13,0000	13,00
04	1	CAIXA LÁPIS DE COR	30,0000	30,00
05	1	PINCEL N° 6	3,5000	3,50
06	1	PINCEL N° 10	4,0000	4,00
07	1	MASSINHA DE MODELAR	7,0000	7,00
08		AQUISIÇÃO DE MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	098636-4	VALOR LIQUIDO	127,50
--------------	-----	-----	----------	----------------------	--------

<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 Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/0-6
--	---	---

RECIBO

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

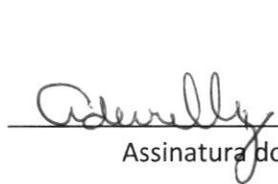
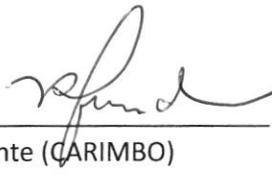
Data ____/____/____ Credor Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Atenção Primária

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Material necessário para atendimento psicológico infantil, de baixo valor, em conformidade com a lei 8666/93 artigo 24 inciso 2

 
Assinatura do Requerente (CARIMBO)