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
002647.2023	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00399
 Desdobramento 3390394100 FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO Conta 00712
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04754 SILVANA ALMEIDA DA SILVA
 Endereço AV PÉROLA BYINGTON 1290 CENTRO
 CNPJ/CPF 28.772.680/0001-80 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				17.04.23	17.05.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
200.000,00	58.757,49	153,24	58.604,25

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	6	REFERENTE FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES PARA A EQUIPE DE REGULAÇÃO DA REGIONAL DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	25,5400	153,24

LIQUIDADO

Banco Credor	756	4379	000025692-7	VALOR LIQUIDO	153,24
--------------	-----	------	-------------	---------------	--------

Declaramos que os ☐ Serviços Foram Prestados ☐ Materiais Foram Entregues ☐ Obra Executada Açam-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/O-6
---	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e cinquenta e três reais e ***** vinte e quatro 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: Unidade Básica de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Almoco oferecido para equipe de regulação da 12ª regional de saúde de umuarama , em conformidade com a lei 8666/93 artigo 24 inciso 2

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Rafael", written over a horizontal line.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)