**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANÁ**

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

005011.2023

Recurso

00303

Tipo do Empenho

Ordinário

Categoria de Empenho

Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde

Dotação 10.301.0010.2.037.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO

Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO

Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta 00389

Conta 02085

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

Dispensa por Lim

Número

Solicitação

Contrato

Emissão

30.06.23

Vencimento

30.07.23

Valor Orçado

53.500,00

Saldo Anterior

12.269,00

Valor do Empenho

186,00

Saldo Atual

12.083,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	4	CARTOLINA	1,5000	6,00
02	2	BOLA ISOPOR	3,0000	6,00
03	4	BANDEIRINHA SEDA	6,0000	24,00
04	6	CHAPÉU DE PALHA	5,0000	30,00
05	1	PAINEL JUNINO	40,0000	40,00
06	20	CHAPÉU DE PALHA MINIATURA	2,5000	50,00
07	3	TNT TECIDO	10,0000	30,00
08		REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA SEREM UTILIZADOS EM CONFRATERNIZAÇÕES DE GRUPOS DE ATENDIMENTO (TEACOLHER, ANSIEDADE E FIBROMIALGIA) PELA DIVISÃO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor

748

726

098636-4

VALOR LIQUIDO

186,00

Declaramos que os ☐ Serviços Foram Prestados
☐ Materiais Foram Entregues
☐ 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/O-6**RECIBO**

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

Data ____/____/____

Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____

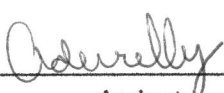
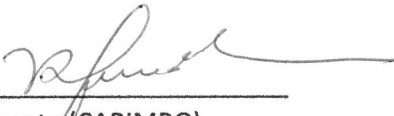
Data ____/____/____



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Atenção Básica

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Para ser utilizado em confraternização do grupos de atendimento (TEAcolher, Ansiedade e fibromialgia), em conformidade com a lei 8666/93 artigo 24 inciso 2

 
Assinatura do Requerente (CARIMBO)