**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

006260.2023

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

Conta 00389

Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO

Conta 02085

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

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

18.08.23

Vencimento

17.09.23

Valor Orçado

53.500,00

Saldo Anterior

12.083,00

Valor do Empenho

408,00

Saldo Atual

11.675,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	3	BANHEIRA 20 LITROS	65,0000	195,00
02	3	TOALHA DE BEBÊ CAPUZ	35,0000	105,00
03	1	FRALDA BORDADA	30,0000	30,00
04	6	FRALDA DE BOCA PEQUENA	9,0000	54,00
05	3	EMBALAGEM DE PRESENTE	3,0000	9,00
06	1	EMBALAGEM MÉDIA PARA PRESENTE	5,0000	5,00
07	1	EMBALAGEM GRANDE PARA PRESENTE	10,0000	10,00
08		REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA SEREM UTILIZADOS EM REUNIÕES COM GESTANTES QUE SÃO ATENDIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor

748

726

098636-4

VALOR LIQUIDO

408,00

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 (quatrocentos e oito reais*****
*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____

Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____

Data ____/____/____

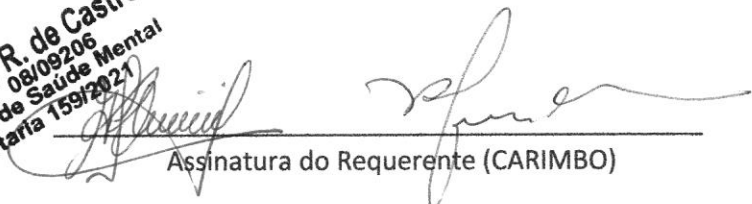


SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Atenção Básica

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Para ser utilizado em reunião com gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde, em conformidade com a lei 8666/93 artigo 24 inciso 2

Adevielly R. de Castro
CRP: 08/09206
Diretora de Saúde Mental
Portaria 159/2021


Assinatura do Requerente (CARIMBO)