**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 002555.2023	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 13.04.23	Vencimento 13.05.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 30.000,00	Saldo Anterior 750,99	Valor do Empenho 180,00	Saldo Atual 570,99
---------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	CARREGADOR USB	30,0000	30,00
02	1	CAIXA DE SOM	150,0000	150,00
03		AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA SEREM UTILIZADOS EM ATIVIDADES DE ATENDIMENTO DE PACIENTES EM GRUPO PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor 748 726 098636-4	VALOR LIQUIDO	180,00
----------------------------------	----------------------	--------

<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 _____ _____ 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 reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

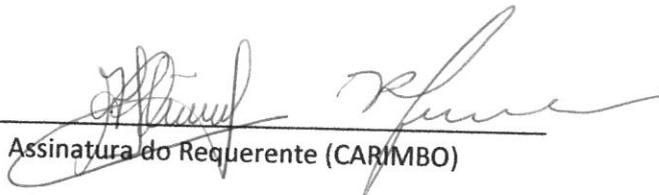
Data ____/____/____ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.



SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Unidade Básica de Saúde

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Material para utilização em atividades realizadas em atendimento de pacientes em grupo, em conformidade com a lei 8666/93 artigo 24 inciso 2


Assinatura do Requerente (CARIMBO)