

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 005666.2024	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE
 Desdobramento 4490521200 APARELHOS E UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 04757 R F MORGADO MOVEIS LTDA
 Endereço AV PÉROLA BYINGTON 1573 CENTRO
 CNPJ/CPF 41.072.410/0001-25 Fone (44) 3636-1107 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 07.08.24	Vencimento 06.09.24
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 34.000,00	Saldo Anterior 34.000,00	Valor do Empenho 795,00	Saldo Atual 33.205,00
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFÉRENTE AQUISIÇÃO DE UM FOGÃO 04 BOCAS COM ACENDIMENTO AUTOMÁTICO PARA SER UTILIZADO NO CENTRO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	795,0000	795,00

LIQUIDADO

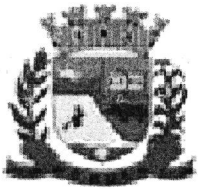
Banco Credor 237 180-5 0357554-3	VALOR LIQUIDO	795,00
-------------------------------------	----------------------	--------

Declaramos que os <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 (setecentos e noventa e cinco reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



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 005667.2024	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.4490.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE
 Desdobramento 4490524200 MOBILIÁRIO EM GERAL
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 04757 R F MORGADO MOVEIS LTDA
 Endereço AV PÉROLA BYINGTON 1573 CENTRO
 CNPJ/CPF 41.072.410/0001-25 Fone (44) 3636-1107 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 07.08.24	Vencimento 06.09.24
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 34.000,00	Saldo Anterior 33.205,00	Valor do Empenho 620,00	Saldo Atual 32.585,00
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE UM ARMÁRIO PARA SER UTILIZADO NO CENTRO DE ATENDIMENTO AO AUTISTA, CONFORME SOLICITAÇÃO.	620,0000	620,00

LIQUIDADO

Banco Credor 237 180-5 0357554-3	VALOR LIQUIDO 620,00
-------------------------------------	-------------------------

Declaramos que os <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 (seiscentos e vinte reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

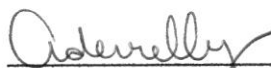
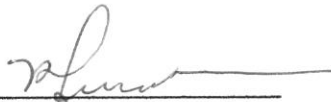


SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
Divisão: Atenção Primária

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Referente a aquisição do armário e fogão para a copa do centro de atendimento ao autista, justifica-se a necessidade para utilizar no preparo de alimento para servidores, e principalmente no atendimento da nutricionista em orientações referente a seletividade alimentar de pacientes com diagnóstico de autismo. A aquisição destes dois itens é de suma importância para o desempenho do profissional de nutrição que irá atuar nos atendimentos.

A despesa tem embasamento no artigo 3º, inciso V e VIII do decreto 037, de fevereiro de 2024.

 
Assinatura do Requerente (CARIMBO)