



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
006173.2019	00494	Global	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302200 MATERIAL DE LIMPEZA E PRODUTOS DE HIGI
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 02646 REALCE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA
 Endereço R ALVORADA 380 CENTRO
 CNPJ/CPF 13.550.166/0001-23 Fone (44) 3622-1212 Cidade GUAÍRA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				11.10.19	10.11.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
248.000,00	68.435,00	3.250,00	65.185,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAL D HIGIENE (PAPEL TOALHA) PARA USO D SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.250,00	3.250,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1187-8	00028042-9	VALOR LIQUIDO	3.250,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

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 I... COORDENADORA
--	---	---

RECIBO CRC PR - 064007/0-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (três mil duzentos e cinquenta 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

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: SECRETARIA DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO PARA ESTE PRODUTO PARA SER UTILIZADO NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)