



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
001610.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 01 Departamento de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.029.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00362
 Desdobramento 3390394100 FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO Conta 02002
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04622 L E VARANDA GOURMET LTDA
 Endereço AV. DONA PÉROLA BYINGTON 141 CENTRO
 CNPJ/CPF 39.525.681/0001-47 Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				21.03.22	20.04.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	21.845,28	232,00	21.613,28

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	9	Almoço.	20,0000	180,00
02	4	Refrigerante litro.	10,0000	40,00
03	2	Suco natural - copo.	6,0000	12,00
04		Fornecimento de refeições para os Técnicos da 12ª Regional de Saúde, para vistoria e orientações da nova ala do Hospital Municipal. Conforme solcitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	3195-0	0027239-6	VALOR LIQUIDO	232,00
--------------	-----	--------	-----------	---------------	--------

<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 Contador CONTADOR(A) INSC. PR. 054907/0-6
--	--	---

RECIBO

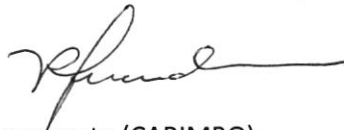
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e trinta e dois reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SAUDE
DIVISÃO:

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE BAIXO VALOR, DE MANEIRA DIRETA, CONFORME PREVISTO NA LEI 8.666/93 - ART. 24, ALTERADO PELO DECRETO 9.283/2018.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)