

**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 005857.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390394702 DIVERSOS SERVIÇOS DE DIFUSÃO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03771 EDVALDO GARCIA OLIANI 63148072987
 Endereço RUA AFRANIO PEIXOTO 847 CENTRO
 CNPJ/CPF 26.591.505/0001-61 Fone 9142-4454 Cidade PEROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 31.08.22	Vencimento 30.09.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 20.000,00	Saldo Anterior 6.661,72	Valor do Empenho 640,00	Saldo Atual 6.021,72
---------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	16	Prestação de serviços de difusão sonora (16 horas), para divulgação da Campanha de Vacinação Contra a Poliomelite, conforme solicitação.	40,0000	640,00

LIQUIDADO

Banco Credor 756 4379 000016061-0	VALOR LIQUIDO	640,00
--------------------------------------	----------------------	--------

<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 064907/0-6
---	---	---

RECIBO

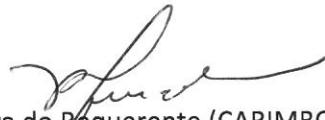
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (seiscentos e quarenta reais*****
 *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: VACINAÇÃO

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Dispensa por valor, conforme Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Rosângela Guandalin

Secretária Municipal de Saúde

Portaria n.º 002/2021

CPF 522.994.499-49