



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 005358.2023	Recurso 03494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390394702 DIVERSOS SERVIÇOS DE DIFUSÃO
 Fonte de Recursos 03494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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 18.07.23	Vencimento 17.08.23
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 74.655,30	Saldo Anterior 72.004,58	Valor do Empenho 2.400,00	Saldo Atual 69.604,58
---------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	60	REFERENTE SERVIÇO DE ANÚNCIO VOLANTE PARA CAMPANHA DE COMBATE A DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA (DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA), CONFORME SOLICITAÇÃO.	40,0000	2.400,00

LIQUIDADO

Banco Credor 756 4379 000016061-0	VALOR LIQUIDO 2.400,00
--------------------------------------	----------------------------------

<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 (dois mil e quatrocentos reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ____/____/____ Credor _____

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



SECRETARIA: SECRETARIA DE SAÚDE
DIVISÃO: EPIDEMIOLOGIA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized name followed by a long horizontal line.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)