**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
001226.2024	00494	Ordinário	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 TERCEIROS  
 Desdobramento 3390394702 DIVERSOS SERVIÇOS DE DIFUSÃO  
 Fonte de Recursos 00494 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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				27.02.24	28.03.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
12.000,00	5.806,39	1.680,00	4.126,39

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	42	REFERENTE SERVIÇO DE ANÚNCIO VOLANTE PARA DIVULGAÇÃO DA CAMPANHA DE COMBATE A DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA (DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA), CONFORME SOLICITAÇÃO.	40,0000	1.680,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	756	4379	000016061-0	<b>VALOR LIQUIDO</b>	1.680,00
--------------	-----	------	-------------	----------------------	----------

<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**

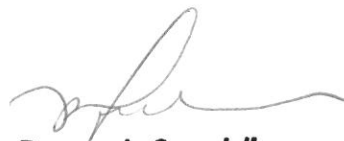
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( um mil seiscentos e oitenta reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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.



**Rosângela Guandalln**  
Secretária Municipal de Saúde  
Portaria n.º 002/2021  
CPF 522.994.499-49

Assinatura do Requerente (CARIMBO)