

**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 007917.2022	Recurso 00494	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 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04324 EDSON GONZAGA VAZ  
 Endereço RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 1675 CENTR  
 CNPJ/CPF 35.965.249/0001-16 Fone (44) 3636-1223 Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 25.11.22 Vencimento 25.12.22

Valor Orçado 65.000,00	Saldo Anterior 5.704,18	Valor do Empenho 280,00	Saldo Atual 5.424,18
---------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1000	Prestação de serviços na confecção de carteirinhas para a Campanha de Dengue do Município, conforme solicitação.	0,2800	280,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	237	613	0004108-4	<b>VALOR LIQUIDO</b>	280,00
--------------	-----	-----	-----------	----------------------	--------

<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 ( duzentos 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rosângela Guandalin".

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

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