



**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
004522.2022	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 TERCEIRO Conta 00474  
 Desdobramento 3390394702 DIVERSOS SERVIÇOS DE DIFUSÃO Conta 02598  
 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				14.07.22	13.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
65.000,00	17.734,69	1.920,00	15.814,69

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	48	Prestação de serviços de difusão sonora (48 horas), para divulgação da Campanha de Dengue e Escorpião no mês de julho, conforme solicitação.	40,0000	1.920,00

LIQUIDADO

Banco Credor	756	4379	000016061-0	<b>VALOR LIQUIDO</b>	1.920,00
--------------	-----	------	-------------	----------------------	----------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos	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
assinatura:  nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____		

**RECIBO**


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

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Credor Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO: EPIDEMIOLOGIA

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)