

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 000593.2024	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 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 02924 E R MENDES E MENDES SS ME
 Endereço AV. PRESIDENTE VARGAS 1182 CENTRO
 CNPJ/CPF 17.382.002/0001-95 Fone Cidade PÉROLA

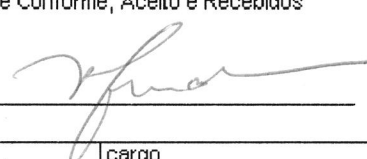

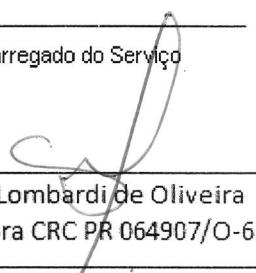
Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 30.01.24	Vencimento 29.02.24
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 12.000,00	Saldo Anterior 8.643,20	Valor do Empenho 1.797,52	Saldo Atual 6.845,68
---------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS (66 EXAMES) EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE, PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO (JANEIRO 2024), CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.797,5200	1.797,52

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	1.797,52
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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 setecentos e noventa e sete *** reais e cinquenta e dois centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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



SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde

DIVISÃO: UAP's

Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Valor Unit.	Valor Total
1	66	Unid	Exame laboratorial	27,24	1.797,52
				TOTAL	1.797,52

Finalidade: Exames realizados nos pacientes no mês de janeiro, com sintomas de dengue, para darem seqüências ao tratamento.

Solicito ao Departamento de Contabilidade o empenho dos materiais/serviços acima citados.

Código da Despesa **531 FR 491**

Anexo três orçamentos, certidões (FGTS, INSS e Trabalhista) e justificativa para contratação direta

Fornecedor (Razão Social): E R MENDES E MENDES SS ME

CNPJ: 17.382.002/0001-95

Fone: 3636-1303

Banco:

Agência:

Conta:

Endereço: AV. GETÚLIO VARGAS - PÉROLA -PR

DATA:

Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Secretaria de Administração e Fazenda

Visto:

DATA: ___/___/___

Assinatura (CARIMBO)

Contabilidade

Recebi em: **30 / 01 / 24**

Assinatura (CARIMBO)

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Serviço exencial para o tratamentos dos pacientes do município, baixo valor, amparado pelo art.24, inciso II da lei 6866/93.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)