

**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 006900.2021	Recurso 01019	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.122.0010.2.063.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 01521
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 02226
 Fonte de Recursos 01019 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 30.11.21	Vencimento 30.12.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 35.000,00	Saldo Anterior 6.694,24	Valor do Empenho 1.080,00	Saldo Atual 5.614,24
---------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	9	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Covid-19 (09 Exames), para darem sequência ao tratamento, mês 10/2021. Conforme solicitação.	120,0000	1.080,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	1.080,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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 CONTADOR(A) CRC PR 064307/O-6
--	--	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil 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 Municipal de Saúde
Divisão: Hospital Municipal de Pérola

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Pacientes com necessidade de serem encaminhados pela central de leitos e SAMU - obrigatoriedade de realização.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Rafael", written over a horizontal line.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)