

**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
005349.2021	01019	Ordinário	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

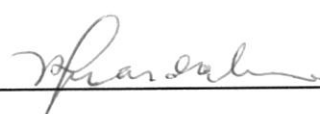


Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.09.21	30.10.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
23.000,00	8.494,24	900,00	7.594,24

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	6	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Covid-19 (06 Exames), para darem sequência ao tratamento, mês 09/2021. Conforme solicitação.	150,0000	900,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	900,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 054907/O-6
--	---	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( novecentos 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: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviços exencial para a identificação dos pacientes positivados ao virus do COVID-19, e dar sequência ao protocolo de tratamento e monitoramento dos infectados.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)