



**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
003419.2021	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 TERCEIROS  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,  
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 01542 E.D.S.FURQUIM - LABORATÓRIO - ME  
 Endereço R ARAUJO LIMA 1261 CENTRO  
 CNPJ/CPF 08.355.324/0001-54 Fone 44-3636-1018 Cidade PÉROLA

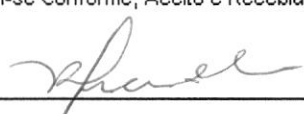
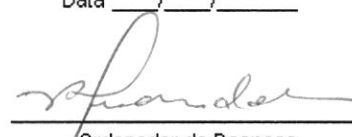
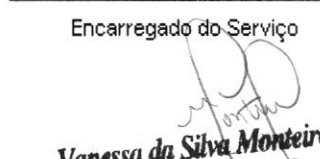
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.06.21	30.07.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
23.000,00	17.739,24	3.420,00	14.319,24

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERNETE REALIZAÇÃO DE EXAMES DOS PACIENTES COM SINTOMAS DE COVID-19, PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO, CONFORME SOLICITAÇÃO.	3.420,0000	3.420,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	3.420,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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  <b>Vanessa da Silva Monteiro</b> CPF 06430110-4 CPF 058.511.179-07
--	---	---

**RECIBO**

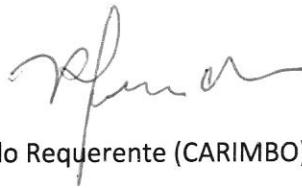
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( três mil quatrocentos e vinte reais\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Devido o aumento dos casos suspeitos de COVID-19, e conseqüentemente o aumento do números de exames laboratorias extraordinários, e os mesmos não foram cotados na licitação vigente, sendo esses exenciais para o tratamentos dos pacientes suspeitos de estarem com COVID, se faz necessário a contratação direta.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)