

**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
002253.2021	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.305.0010.2.023.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00400
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01669
 Fonte de Recursos 00494 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				06.05.21	05.06.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
15.000,00	8.368,02	2.584,24	5.783,78

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM EXAMES LABORATORIAIS EXTRAORDINÁRIOS, EM PACIENTES SUSPEITOS DE CONTAMINAÇÃO POR DENGUE, (ABRIL/2021). CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.584,24	2.584,24

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	2.584,24
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

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 assinatura:  nome: _____ Data ___/___/___ cargo _____	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	--	---

RECIBO

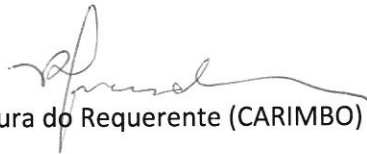
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dois mil quinhentos e oitenta e ***** quatro reais e vinte e quatro centavos***) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: UAP's

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Serviços de baixo valor, para conter o surto da transmissão da DENGUE



Assinatura do Requerente (CARIMBO)