



**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 002793.2021	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  
 Desdobramento 3390395099 DE MAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,  
 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 31.05.21	Vencimento 30.06.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 23.000,00	Saldo Anterior 20.950,00	Valor do Empenho 940,76	Saldo Atual 20.009,24
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM EXAMES LABORATORIAIS CLÍNICOS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE COVID-19 (96 EXAMES), PRESTADOS PELA SECRETARIA DE SAÚDE. CONFORME SOLICITADO.	940,7600	940,76

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	940,76
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input checked="" 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  Vanessa de Souza Monteiro CRC-PR 064301.0-0 CPF 058.511.179-07
---	---	--

**RECIBO**

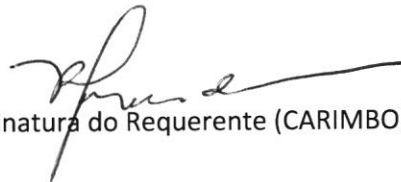
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( novecentos e quarenta reais e setenta e seis centavos\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)