



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
002832.2021	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
 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				31.05.21	30.06.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
23.000,00	20.009,24	2.200,00	17.809,24

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM EXAMES LABORATORIAIS CLÍNICOS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE COVID-19 (11 EXAMES), PRESTADOS PELA SECRETARIA DE SAÚDE. CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.200,0000	2.200,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	2.200,00
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

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 _____ <i>Vanessa da Silva Monteiro</i> CRCONTADOR 004891.0-0 CPF 058.511.179-07
---	--	--

RECIBO

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

Data ____/____/____ Credor _____

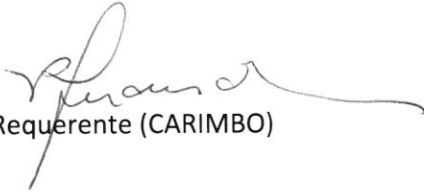
Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.

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 laboratoriais extraordinários, e os mesmos não foram cotados na licitação vigente, sendo esses essenciais para o tratamentos dos pacientes suspeitos de estarem com COVID, se faz necessário a contratação direta.

Exames que se faz necessário para paciente ser colocado na Central. Certeza de positivo


Assinatura do Requerente (CARIMBO)