

**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
001644.2021	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,
 Fonte de Recursos 00494 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

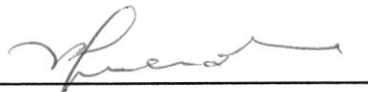


Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				31.03.21	30.04.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
430.000,00	271.535,43	17.845,32	253.690,11

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E EXAMES LABORATORIAIS CLÍNICOS (2.076 EXAMES), PRESTADOS PELA SECRETARIA DE SAÚDE. CONFORME SOLICITAÇÃO.	17.845,32	17.845,32

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	17.845,32
--------------	---	--------	------------	---------------	-----------

Declaramos que os <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  Juliana Lombardi de Oliveira CONTADOR(A) CRC BR 063.170/8
--	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (dezessete mil oitocentos e quarenta e cinco reais e trinta e dois 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 essenciais para o tratamento dos pacientes do município, devido a grande necessidade ultrapassou o valor estimado no chamamento.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)