



**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
005012.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.305.0010.2.034.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00474  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01847  
 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				29.07.22	28.08.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
65.000,00	14.974,69	3.081,20	11.893,49

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Dengue (143 exames), para darem sequência ao tratamento, mês 07/2022. Conforme solicitação.	3.081,2000	3.081,20

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	3.081,20
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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: <b>Valdete Cunha</b> cargo: <b>Prefeita Municipal</b> Data: ___/___/___ <b>PÉROLA - PARANÁ</b>	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ___/___/___  <b>Valdete Cunha</b> cargo: <b>Prefeita Municipal</b> <b>PÉROLA - PARANÁ</b>	Encarregado do Serviço  <b>Juliana Lombardi de Oliveira</b> Contadora CRC PR 064907/0-6
---	---	--

**RECIBO**

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

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

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: Vigilância em Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Devido o surto de dengue, se faz necessário a contratação direta para diagnosticar os pacientes positivados do município. Artigo 24, inciso II da lei 8.666/93



Assinatura do Requerente (CARIMBO)