

**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
003653.2022	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  
 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

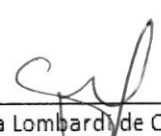
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				06.06.22	06.07.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
65.000,00	47.621,65	18.278,92	29.342,73

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	762	EXAMES LABORATORIAIS (762 EXAMES) REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE (762 EXAMES), PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO (MÊS 05/2022), CONFORME SOLICITAÇÃO.	23,9900	18.280,38
02				

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	18.278,92
--------------	---	--------	------------	---------------	-----------

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  Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/0-6
---	--	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( dezoito mil duzentos e setenta e oito reais e noventa 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: Vigilância em Saúde

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviços essenciais para o tratamento dos pacientes do município, serviços extraordinários, amparado pelo artigo 24, inciso II da lei 8.666/93



Assinatura do Requerente (CARIMBO)