

**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
008617.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00408
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01787
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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

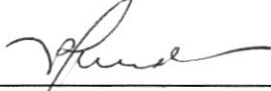
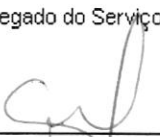
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				15.12.22	14.01.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
18.000,00	1.457,33	212,54	1.244,79

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Dengue (31 Exames), para darem sequência ao tratamento, mês 12/2022. Conforme solicitação.	212,5400	212,54

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	212,54
--------------	---	--------	------------	----------------------	--------

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 Contadora CRC-PR 064907/O-6
---	---	--

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (duzentos e doze reais e cinquenta e ** quatro 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 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)