

**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
008036.2022	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 DE MAIS 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				30.11.22	30.12.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
65.000,00	5.424,18	1.131,00	4.293,18

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	87	Realização de exames laboratoriais PSA (87 exames) em pacientes na Campanha do Novembro Azul. Conforme solicitação.	13,0000	1.131,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	1.131,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

<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 (um mil cento e trinta e um 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

Serviços exencial para a campanha nos pacientes que participaram da campanha NOVEMBRO AZUL no município, serviços de baixo valor amparado pelo art.24, inciso II da lei 6866/93.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)