

**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
006629.2022	00494	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  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 04819 SCARPANTE E SARTORI SERVICOS MEDICOS LTDA  
 Endereço AVENIDA RIO BRANCO 4401 ZONA I  
 CNPJ/CPF 33.663.599/0001-00 Fone (44) 3056-6447 Cidade UMUARAMA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				04.10.22	03.11.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	39.444,63	580,00	38.864,63

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal e sedação.	580,0000	580,00
02		Referente a exame de endoscopia digestiva em adolescente, para investigação de doença celíaca, conforme solicitação médica e determinação do Ministério Público, conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	580,00
--------------	---------------	--------

<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 _____ _____ Vanessa da Silva Moneiro Contadora CRC pr-064301/O-0
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quinhentos e oitenta 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: Secretaria Municipal de Saúde -SMS

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Paciente de 12 anos com queixas com necessidade de investigação com endoscopia digestiva alta com biopsia duodenal e sedação, para doença celíaca, conforme solicitação médica. Porém esse exame não é realizado via SUS em adolescente de 12 anos, conforme negativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISA, ofício em anexo. Em cumprimento a recomendação do Ministério Público.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)