

**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
005756.2022	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 Conta 00409  
 Desdobramento 3390395099 DE MAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01789  
 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

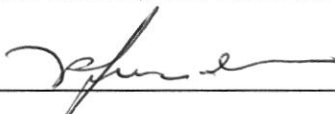
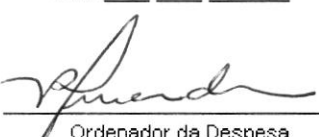

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				30.08.22	29.09.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	59.967,87	2.863,24	57.104,63

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Dengue (124 exames), para darem sequência ao tratamento, referente ao mês 08/2022. Conforme solicitação.	2.863,2400	2.863,24

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	2.863,24
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 (dois mil oitocentos e sessenta e três reais e vinte 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**

Serviços essenciais para o tratamento dos pacientes do município, serviços de baixo valor amparado pelo art.24, inciso II da lei 6866/93.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)