



**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 007016.2021	Recurso 01019	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.122.0010.2.063.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 01521  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 02226  
 Fonte de Recursos 01019 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

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 Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 01.12.21	Vencimento 31.12.21
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 35.000,00	Saldo Anterior 17.614,24	Valor do Empenho 900,00	Saldo Atual 16.714,24
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	5	Exames emergenciais Covid-19	180,0000	900,00
02		Referente realização de 05 exames emergenciais Covid-19 em pacientes para constatação de diagnóstico, conforme solicitação.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	<b>VALOR LIQUIDO</b>	900,00
--------------	---	--------	------------	----------------------	--------

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 Leão Oliveira Contadora CRC PR 067907/O-5
---	---	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( novecentos 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: Hospital Municipal de Pérola

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Pacientes com necessidade de serem encaminhados pela central de leitos e SAMU - Obrigoriedade de realização de exames.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)