



**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
000678.2022	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 Conta 00474  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01847  
 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				31.01.22	02.03.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
30.000,00	29.540,00	150,22	29.389,78

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Realização de exames laboratoriais em pacientes com sintomas de Dengue (06 Exames), para darem sequência ao tratamento, mês 01/2022. Conforme solicitação.	150,2200	150,22

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	150,22
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____  Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço  Juliana Leal Contadora
assinatura: _____ nome: _____ Data ____/____/____ cargo		

**RECIBO**

CRC PR 064907/0-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cento e cinquenta reais e vinte e \*\*\*\* dois centavos \*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco \_\_\_\_\_  
 Credor Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviços exencial para o tratamentos dos pacientes do município, serviços extraordinários.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)