

**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
001103.2023	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 TERCEIROS  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS 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				24.02.23	26.03.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
364.000,00	249.931,07	415,08	249.515,99

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	EXAMES LABORATORIAIS (23 EXAMES)	415,0800	415,08
02		REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE, PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO (FEVEREIRO 2023), CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	415,08
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Açam-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: <b>Valdete Cunha</b> Data: ____/____/____ cargo: <b>Prefeita Municipal</b> <b>PÉROLA - PARANÁ</b>	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ____/____/____  <b>Valdete Cunha</b> Prefeita Municipal <b>PÉROLA - PARANÁ</b>	Encarregado do Serviço _____ <b>Juliana Lombardi de Oliveira</b> Contadora CRC PR 064907/O-6
---	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quatrocentos e quinze reais e oito \*\*\* 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 de baixo valor amparado pelo art.24, inciso II da lei 6866/93.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)