

**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
003186.2023	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  
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,  
 Fonte de Recursos 00494 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

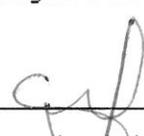
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				02.05.23	01.06.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
22.000,00	8.482,23	5.589,57	2.892,66

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	EXAMES LABORATORIAIS (641 EXAMES)	5.589,5700	5.589,57
02		REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE, PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO (ABRIL 2023), CONFORME SOLICITAÇÃO.		

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	5.589,57
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

<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 Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
--	---	--

**RECIBO**

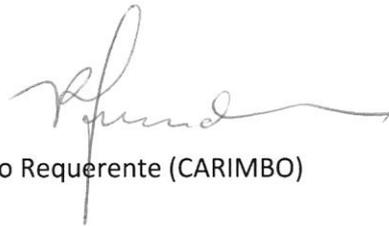
Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( cinco mil quinhentos e oitenta e nove reais e cinquenta e sete centavos\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

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

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde  
DIVISÃO: UAP's

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Devido o surto de dengue, se faz necessário a contratação direta para diagnosticar os pacientes positivados do município. Artigo 24, inciso II da lei 8.666/93



Assinatura do Requerente (CARIMBO)