**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANÁ**

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
006974.2023	03494	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 03494 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

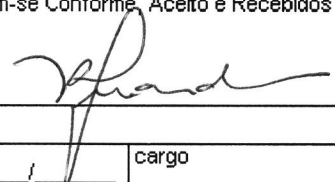
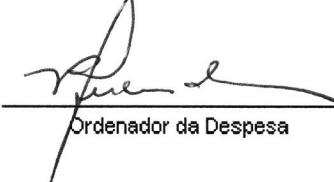
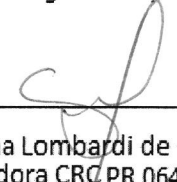
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				04.09.23	04.10.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
74.655,30	66.091,84	595,27	65.496,57

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	EXAMES LABORATORIAIS (64 EXAMES)	595,2700	595,27
02		REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE, PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO (AGOSTO 2023), CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	595,27
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

☐ Serviços Foram Prestados ☐ Materiais Foram Entregues ☐ 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 (quinhentos e noventa e cinco reais e v inte 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

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



Assinatura do Requerente (CARIMBO)