

**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
008843.2023	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 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				28.11.23	28.12.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
44.655,30	26.808,51	1.306,80	25.501,71

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE (78 EXAMES), PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO, MÊS 11/2023, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.306,8000	1.306,80
LIQUIDADO				

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	1.306,80
--------------	---	--------	------------	---------------	----------

Declaramos que os ☐ 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 (um mil trezentos e seis reais e ***** oitenta 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

Serviço 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)