

**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

009359.2023

Recurso

00494

Tipo do Empenho

Ordinário

Categoria de Empenho

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 TERCEIRO Conta 00400

Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01965

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

Dispensa por Lim

Número

Solicitação

Contrato

Emissão

06.12.23

Vencimento

05.01.24

Valor Orçado

318.294,00

Saldo Anterior

24.054,81

Valor do Empenho

752,51

Saldo Atual

23.302,30

Item
01Quant.
1

Especificação

REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS
EM PACIENTES COM SINTOMAS DE
DENGUE (67 EXAMES), PARA DAREM
SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO, MÊS
11/2023, CONFORME SOLICITAÇÃO.

Valor Unitário

752,5100

Valor Total

752,51

LIQUIDADO

Banco Credor

1

1354-4

00009901-5

VALOR LIQUIDO

752,51

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 (setecentos e cinquenta e dois reais e cinquenta e um 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)