



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
009919.2023	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

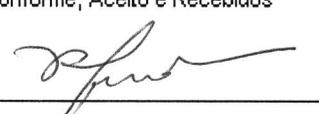
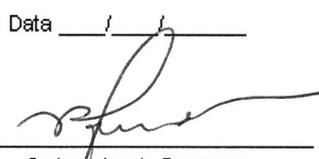
Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				19.12.23	18.01.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
44.655,30	25.256,13	1.246,86	24.009,27

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE (40 EXAMES), PARA DAREM SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO, MÊS 12/2023, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.246,8600	1.246,86

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00013087-7	VALOR LIQUIDO	1.246,86
--------------	---	--------	------------	----------------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Açam-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 duzentos e quarenta e seis **** reais e oitenta e seis centavos*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco
 Data ____/____/____.



SOLICITAÇÃO DE EMPENHO

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde

DIVISÃO: UAP's

Item	Qtde.	Unid.	Descrição	Valor Unit.	Valor Total
1	40	Unid	Exame laboratorial	31,17	1.246,86
				TOTAL	1.246,86

Finalidade: Exames realizados nos pacientes no mês de dezembro, com sintomas de dengue, para darem seqüências ao tratamento.

Solicito ao Departamento de Contabilidade o empenho dos materiais/serviços acima citados.

Código da Despesa ^{3390.2494} FR *VIGILANCIA*

Anexo três orçamentos, certidões (FGTS, INSS e Trabalhista) e justificativa para contratação direta

Fornecedor (Razão Social): E R MENDES E MENDES SS ME

CNPJ: 17.382.002/0001-95

Fone: 3636-1303

Banco:

Agência:

Conta:

Endereço: AV. GETÚLIO VARGAS - PÉROLA -PR

DATA:

[Assinatura]
Assinatura do Requerente (CARIMBO)

Visto:

DATA: ___/___/___

Secretaria de Administração e Fazenda

Carlos Roberto D dos Santos
Secretário Municipal de

Fazenda e Administração

Assinatura (CARIMBO)
CNPJ: 17.382.002/0001-95 - Pórtula 005/2021

Contabilidade

Recebi em: 19/12/23

[Assinatura]
Assinatura (CARIMBO)

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

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

Assinatura do Requerente (CARIMBO)