

**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
009921.2023	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 TERCEIROS  
 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				19.12.23	18.01.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
44.655,30	23.139,27	885,00	22.254,27

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	59	REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS EM PACIENTES DA CAMPANHA PSA-2023 CONTRA O CÂNCER DE PRÓSTATA (59 EXAMES), CONFORME SOLICITAÇÃO.	15,0000	885,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	1354-4	00009901-5	VALOR LIQUIDO	885,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os 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 ( oitocentos e oitenta e cinco reais\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* ) 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 essencial para diagnosticar os pacientes do município em risco ao câncer da próstata, baixo valor, amparado pelo art.24, inciso II da lei 6866/93.



Assinatura do Requerente (CARIMBO)