



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHOTA**

CNPJ: 83.102.301/0001-53  
Rua Dr. Leoberto Leal, 160 - Centro  
Ilhota - SC, CEP: 88.320-000  
Fone: (47) 3343-8800

**Pedido de Empenho**

Número: 4389/2024

**Usuário: renato.silva**

**I – EMPRESA AUTORIZADA**

Fornecedor: <b>LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIRAMA LTDA</b>		CNPJ: <b>81.388.514/0001-68</b>	
Endereço: RUA 15 DE NOVENBRO,	Fone: 047-3357- 3448	Cidade: IBIRAMA	UF: SC

**II – DESPESA**

UG:	0002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHOTA -FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-FMS (56)
-----	--

Cód. Despesa	Categoria Econômica	Fonte	Descrição da Despesa
2724	SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL	1500	34

**III – PROCESSO LICITATÓRIO**

<b>Inexigibilidade nº 52/2024</b> <b>Processo nº: 253/2024</b> <b>Condições de Pagamento:</b> 30 dias <b>Finalidade:</b> CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS CONFORME TABELA SUS, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHOTA, CONFORME ESPECIFICAÇÕES ESTABELECIDAS NO ANEXO I NO TERMO DE REFERÊNCIA. CREDENCIAMENTO 003/2024. <b>Local de Entrega:</b> Conforme Determinado.
--

**IV – AUTORIZAÇÃO**

Pela presente, autorizamos a empresa acima discriminada, a fornecer os materiais/serviços abaixo especificados, para uso deste órgão público, nas condições preestabelecidas, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021.

**V – ITEM(S)**

Produto	Qtde	UN	Descrição	Preço Unit.	Preço Total
35161	1,00	N/I	EXAMES LABORATORIAIS	50.000,0000	50.000,00

**Total do Empenho R\$ 50.000,00**

**Ilhota, 12 de dezembro de 2024.**

Jonatas de Oliveira Jaco  
Secretário de Saúde



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHOTA**

CNPJ: 83.102.301/0001-53  
Rua Dr. Leoberto Leal, 160 - Centro  
Ilhota - SC, CEP: 88.320-000  
Fone: (47) 3343-8800

**Número**

467/2024

**Data**

12/12/2024

*Usuário:  
renato.silva*

**ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO**

**PROCESSO :** 253/2024  
**MODALIDADE:** 52/2024

**Objeto :**  
CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS CONFORME TABELA SUS, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHOTA, CONFORME ESPECIFICAÇÕES ESTABELECIDAS NO ANEXO I NO TERMO DE REFERÊNCIA. CREDENCIAMENTO 003/2024.

**SECRETARIA :** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS  
**CÓD. DA DESPESA :** 2724 **CATEGORIA ECONÔMICA :** 339039500000

**Fornecedor :** LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS IBIRAMA LTDA

**CNPJ/CPF :** 81.388.514/0001-68 **Insc. Estadual :**

**Endereço:** RUA 15 DE NOVEMBRO,, 141

**Bairro :** CENTRO

**Cidade :** IBIRAMA

**UF :** SC

**CEP :** 89140-000

**Fone :** 047-3357-3448

**Fax :**

**PEDIMOS DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES E CONDIÇÕES ABAIXO, EXECUTAR O(S) SEGUINTE(S) SERVIÇO(S) :**

Lote	Item	Especificações	UN	Qtde	Preço Unitário	TOTAL
1	1	EXAMES LABORATORIAIS	NAO INFORMADO	1,0000	50.000,00	50.000,00

Local de Entrega : Conforme Determinado.

Forma de Pagto : 30 dias

**TOTAL GERAL : 50.000,00**

**IMPORTANTE**

- I - Este documento deverá estar em anexo a Nota Fiscal;
- II - Não englobar duas ou mais pedidos numa Nota Fiscal;
- III - O material ou serviço que não for entregue ou executado de acordo com o pedido não será aceito;
- IV - Não será aceito Nota Fiscal com rasura e sem a ordem de execução de serviço.
- V - Mencionar na Nota Fiscal o Contrato de Repasse e/ou Contrato de Homologação

Jonatas de Oliveira Jaco  
Secretário de Saúde