



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
000300.2024	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00492
 Desdobramento 3390394800 SERVIÇO DE SELEÇÃO E TREINAMENTO Conta 02014
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 02253 PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTEÇÃO S/S LTDA
 Endereço RUA RUI BARBOSA 118 VILA JARDIM AMERICA
 CNPJ/CPF 87.389.086/0001-74 Fone 51/3287-3315 Cidade CACHOEIRINHA

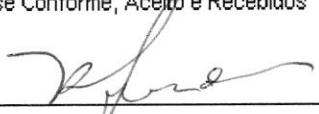
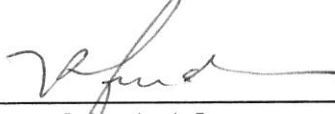

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				23.01.24	22.02.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
749.055,00	633.003,00	632,00	632.371,00

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	4	TREINAMENTO EAD: EFEITOS BIOLÓGICOS DAS RADIAÇÕES IONIZANTES (2 HORAS/AULA)	63,0000	252,00
02	4	TREINAMENTO EAD: NOÇÕES BÁSICAS DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA (4 HORAS/AULA)	95,0000	380,00
03		REFERENTE AQUISIÇÃO DE CURSO EAD PARA TREINAMENTO DA EQUIPE DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	10-8	00009911-2	VALOR LIQUIDO	632,00
--------------	---	------	------------	---------------	--------

<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 (seiscentos e trinta e dois reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ____/____/____ Credor: _____

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

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Treinamento exigido pela Resolução RDC Nº611/2022, sendo cursos em relação ao serviço de radiologia com período mínimo de 1 ano, solicitamos tal formação para se adequar as normas exigidas também por visita da 12ª Regional de Umuarama.

DATA:22/01/2024

Carlos Eduardo da Silva Poliszuk
Diretor do Dep. de Administração Hospitalar
Portaria N°147/2023

Assinatura do Requerente (CARIMBO)