



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
004912.2017	00000	Ordinario	Comum

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	00253
Conta	01613

Credor 02253 PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTECAO 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				11.09.17	11.10.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
80.000,00	6.662,50	374,00	6.288,50

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE A AQUISICAO DE DOIS DOSIMENTROS DE TORAX PARA OS FUNCIONARIOS DO RAI0-X DO HOSPITA MUNICIPAL, CONFORME SOLICITACAO.	374,00	374,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	10-8	9911-2	VALOR LIQUIDO	306,00
--------------	---	------	--------	----------------------	--------

Declaramos que os Serviços Foram Prestados
 Materiais Foram Entregues
 Obra Executada
 Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a).

Data ___/___/___

Encarregado do Serviço

assinatura: [Assinatura]
nome: _____

[Assinatura]
Ordenador da Despesa

[Assinatura]
CONTADOR(A)

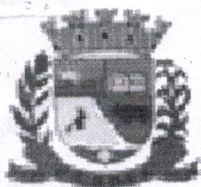
Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora
CRC PR 06490710-8

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (trezentos e setenta e quatro reais****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___ Credor _____

Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Data ___/___/___

**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
004912.2017	00000	Anulacao	Comum

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390309901 DEMAIS MATERIAIS DE CONSUMO
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinarios (Livres)

Conta	00253
Conta	01613

Credor 02253 PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTECAO 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				17.11.17	11.10.17

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
90.000,00	6.687,54	68,00	6.755,54

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	O VALOR ANULADO DA DESPESA EMPNHADA NAO SERA MAIS ENTREGUE.	68,00	68,00

Banco Credor 1 10-8 9911-2 **VALOR LIQUIDO** 68,00

<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	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ___/___/___ _____ Ordenador da Despesa	_____ Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A)
assinatura : nome : _____ Data ___/___/___ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (sessenta e oito reais*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ___/___/___ Credor _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300

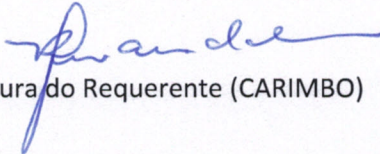


Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE DOIS DOSIMETRO DE RADIAÇÃO E IONIZANTES DE DIREITO DE USO PARA
FUNCIONÁRIOS DO RAI - X DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT.


Assinatura do Requerente (CARIMBO)

