



**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 005041.2018	Recurso 00494	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde  
 Dotação 10.302.0010.2.024.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390391600 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS  
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

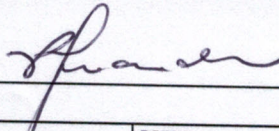
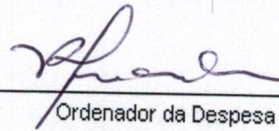
Credor 02253 PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTEÇÃO S/S LTDA  
 Endereço RUA RUI BARBOSA 118 VILA JARDIM AMERICA  
 CNPJ/CPF 87.389.086/0001-74 Fone 51/3287-3315 Cidade CACHOEIRINHA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 07.08.18	Vencimento 06.09.18
Valor Orçado 0,00	Saldo Anterior 7.793,41	Valor do Empenho 780,00	Saldo Atual 7.013,41		

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARA PROJETO DE BLINDAGEM DA SALA DO RAI-O-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	780,00	780,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	10-8	9911-2	VALOR LIQUIDO	780,00
--------------	---	------	--------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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 Conferente CRC PR - 064907/O-6
---	---	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( setecentos e oitenta 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: SAÚDE**

**DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT**

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

FINALIDADE: SERVIÇO SOLICITADO PARA REAVALIAÇÃO DO RAI - X, PARA CONCLUSÃO DE CONTROLE E QUALIDADE SOLICITADA PELA 12ª REGIONAL DE SAÚDE DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 165/2016

Assinatura do Requerente (CARIMBO)