



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
003860.2020	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO
 Descobrimento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP.,
 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				24.07.20	23.08.20

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
20.000,00	4.852,75	1.464,00	3.388,75

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE DOSIMETRIA D RAIOS-X DO HOSPITAL MUNICIPAL (12 MESES), CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.464,00	1.464,00

LIQUIDADO

Banco Credor	1	10-8	00009911-2	VALOR LIQUIDO	1.464,00
--------------	---	------	------------	----------------------	----------

<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 Juliana Lombardi de Oliveira CONTÁBIL CRC PR - 069.170/0-0
assinatura : nome : Data ____/____/____ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil quatrocentos e sessenta 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

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 DOSÍMETRO UTILIZADO PARA NA SALA DE RAIOS-X.

DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, DE ACORDO COM A PORTARIA Nº453/1998.


Assinatura de **Claudete B. de A. Oliveira**
Diretor do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Municipal Dr. Raul Sergio Bittencourt
Assinatura do Requerente (CARIMBO) 