

**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 003119.2020	Recurso 00000	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.018.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Credor 04395 PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTECAO S/S LTDA  
 Endereço AV GENERAL FLORES DA CUNHA 580 VILA SANT  
 CNPJ/CPF 87.389.086/0002-55 Fone Cidade CACHOEIRINHA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 15.06.20	Vencimento 15.07.20
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 34.000,00	Saldo Anterior 7.524,26	Valor do Empenho 2.300,00	Saldo Atual 5.224,26
---------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE SERVIÇO DE CONTROLE DE QUALIDADE DO SETOR DE RAIOS-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	2.300,00	2.300,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	10-8	00009911-2	VALOR LIQUIDO	2.300,00
--------------	---	------	------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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 Miveira Contadora CRC PR - 06.427.71/8
--	--	---

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( dois mil e trezentos 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: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DO CONTROLE DE QUALIDADE, DOSE DO PACIENTE,  
LEVANTAMENTO RADIMÉTRICO, TESTE DE APARELHO DO RAI - X, DO HOSPITAL MUNICIPAL DR.  
RAUL SERGIO BITTENCOURT DE ACORDO COM RESOLUÇÃO 165/2016.

  
Assinatura de B. de A. Oliveira  
Diretor do Departamento de  
Administração Hospitalar  
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)