



**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 000314.2020	Recurso 00303	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 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04200 A.F.O PRODUTOS RADIOLOGICOS EIRELI  
 Endereço RUA ALBERTO DE OLIVEIRA 223 BAIRRO ALTO  
 CNPJ/CPF 04.722.339/0001-52 Fone (41) 33569616 Cidade CURITIBA

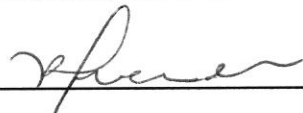
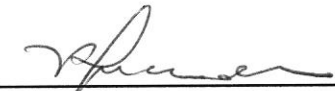

Licitação Dispensa por Lim Número Solicitação Contrato Emissão 23.01.20 Vencimento 22.02.20

Valor Orçado 404.150,00	Saldo Anterior 324.802,00	Valor do Empenho 575,00	Saldo Atual 324.227,00
----------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE ALTERAÇÃO NO PROJETO DA SALA DE RAI-O-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	575,00	575,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor 341 4014 00000149-1 VALOR LIQUIDO 575,00

<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  Juliano L. Almeida CONTADOR CRC PR - 06490710-6
---	---	--

**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( quinhentos e setenta e cinco 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 DE ALTERAÇÃO NO PROJETO DA SALA DO RAIOS-X, COMO SOLICITADO NO PARECER TÉCNICO AP - RX 154/2019 VINDO EM OFÍCIO DE Nº 1159/19- 12ª RS/SCVSAT.

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