



**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
003069.2021	00303	Ordinário	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 Conta 00379  
 Desdobramento 3390391700 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E Conta 01720  
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				17.06.21	17.07.21

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
546.541,00	48.552,66	1.800,00	46.752,66

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM CONTROLE DE QUALIDADE - RAIOS X CONVENCIONAL, TESTE DE INTEGRIDADE DE CHASSI/CONTATO TELA-FILME EM APARELO DE RAIOS X DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL. CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.800,0000	1.800,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	10-8	00009911-2	VALOR LIQUIDO	1.800,00
--------------	---	------	------------	---------------	----------

<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  <b>Vanessa da Silva Monteiro</b> CRC-PR 06430110-0 CPF 058.511.179-07
--	---	---

**RECIBO**

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

Data ____/____/____ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco Data ____/____/____.
----------------------------	--



**PÉROLA**  
GOVERNO MUNICIPAL

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITENCOURT

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Pelo fato de não conseguir os 3 orçamentos no Estado do Paraná e visando a prestação de serviços de controle de qualidade em equipamentos do raio x, com emissão de laudos conforme exigência na legislação sanitária Federal, solicitamos o empenho, sendo essa a empresa que fornece orçamento de acordo com o ART. 24 INCISO II LEI 8666/1993

  
Themis Francine da Silva  
Petrópolis, N.º 029/2021  
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)