



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 Vanessa da Silva Monteiro 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 ____/____/____.
----------------------------	--



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
Pérola, N.º 029/2021
DIR. DEPT. DE ADM. HOSPITALAR

Assinatura do Requerente (CARIMBO)