



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 000589.2022	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00454
 Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 01781
 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 Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 31.01.22	Vencimento 02.03.22
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 650.000,00	Saldo Anterior 635.591,00	Valor do Empenho 1.596,00	Saldo Atual 633.995,00
----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	12	Dosímetro padrão de tórax (12 meses).	24,2000	290,40
02	48	Dosímetro de tórax (12 meses).	24,2000	1.161,60
03	12	Despesas de expedição.	12,0000	144,00
04		Prestação de serviços de consessão de uso de aparelhos para dosimetria pessoal no Setor de Raio X do Hospital Municipal, por um periodo de 12 meses. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	10-8	00009911-2	VALOR LIQUIDO	1.596,00
--------------	---	------	------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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 COMITADO (RCA) CRC PR 0649070-6
assinatura: _____ nome: _____ Data ___/___/___ cargo		

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil quinhentos e noventa e seis ***) 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 conseguirmos 3 orçamentos, não encontrando empresa que envie orçamento do SERVIÇO DE DOSIMETRIA PESSOAL após mes de aguardo de respostas de outras empresas, e visando a necessidade de **prestação de serviços** de DOSIMETRIA PESSOAL DO SETOR DO RAIOS X com emissão de laudos PELO PERÍODO DE 12 MESES 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.



Thelma Francine
Assessora do Responsável (CARIMBO)
Hospital Municipal de Pérola