

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANÁ**

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
005959.2025	00303	Ordinário	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 TERCEIROS Conta 00474

Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J Conta 02654

Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 05447 NUCLEO MATERIAIS RADIOLOGICOS LTDA

Endereço RUA JOÃO MATOS DE ALMEIDA 40 MAUÁ

CNPJ/CPF 59.406.155/0001-75

Fone

Cidade COLOMBO

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				02.09.25	02.10.25

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
690.000,00	67.542,43	3.250,00	64.292,43

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	CONTROLE DE QUALIDADE DE RAIOS-X DIGITAL (LAUDO)	1.500,0000	1.500,00
02	1	ELABORAÇÃO DO PLANO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	1.250,0000	1.250,00
03	1	DESLOCAMENTO	500,0000	500,00
04		REFERENTE SERVIÇO DE TREINAMENTO EM RADIOPROTEÇÃO PARA A EQUIPE DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA, ELABORAÇÃO DE PLANO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA E EMISSÃO DE LAUDO DE CONTROLE DE QUALIDADE DO APARELHO DE RAIOS-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor

VALOR LIQUIDO

3.250,00

Declaramos que os ☐ Serviços Foram Prestados
☐ Materiais Foram Entregues
☐ Obra Executada

Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos

Autorizo o empenho da(s) despesa(s)
acima discriminada(a).

Data ____/____/____

Assinatura: _____

nome: _____

Data ____/____/____

cargo

Ordenador da Despesa

Encarregado do Serviço

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora CRC PR 064907/O-6**RECIBO**

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (três mil duzentos e cinquenta 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 BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Laudo de controle de qualidade do aparelho de raio-x do Hospital Municipal, que precisa ser realizado anualmente, conforme a RDC611/22, treinamento em radioproteção para a equipe de técnicos em radiologia, e também , elaboração de Plano de Proteção Radiológica, serviços necessários para se adequarmos as exigências da RDC611/22, e também , as exigências impostas pela VISA da 12ª Regional de Saúde de Umuarama, licença sanitária do serviço de radiologia do Hospital Municipal precisa ser renovada, se faz necessário estes serviços e laudos, para que a renovação de licença sanitária seja possível. A contratação direta tem supedâneo no Decreto Municipal Nº 037, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2.024 ART 3º inciso VIII c/c art 5º § 1.

A despesa tem embasamento no artigo 3º, inciso VIII, e artigo 5º do Decreto 037, de 23 de Fevereiro de 2024.

Oswaldo Candido de Mello
Diretor de Administração
Hospitalar

Assinatura do Requerente (CARIMBO)