



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
006790.2019	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 00357
 Desdobramento 3390394800 SERVIÇO DE SELEÇÃO E TREINAMENTO Conta 02369
 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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				07.11.19	07.12.19

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
876.000,00	80.327,43	1.120,00	79.207,43

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE TREINAMENTO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA E DESLOCAMENTO, PARA 04 SERVIDORES DO HOSPITAL MUNICIPAL, CONFORME SOLICITAÇÃO.	1.120,00	1.120,00

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	1.120,00
--------------	---------------	----------

<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 ____/____/____ Daniel Scalco Prefeito do Município de Pérola - Pr.	Encarregado do Serviço Janessa Monteiro CONTADOR(A)
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (um mil cento e vinte 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



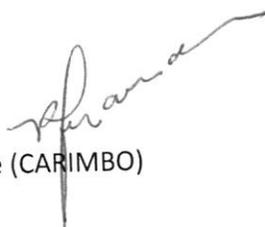
SECRETARIA: SAÚDE

DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR RAUL SERGIO BITTENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Finalidade: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE TREINAMENTO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA E
DESLOCAMENTO PARA HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITTENCOURT, DE ACORDO
SOLICITAÇÃO DA 12ª REGIONAL DE SAÚDE EM FISCALIZAÇÃO NO DIA 31/10/2019.


Claudete B. de A. Oliveira
Assistente do Departamento de
Administração Hospitalar
Hospital Mun. Dr. Raul Sergio Bittencourt



Assinatura do Requerente (CARIMBO)