

**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
000152.2023	00000	Global	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 00446

Desdobramento 3390395099 DEMAIS DESP. COM SERV. MÉDICO - HOSP., Conta 00833

Fonte de Recursos 00000 Recursos Ordinários (Livres)

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	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				06.01.23	05.02.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
1.000.000,00	903.198,05	1.860,00	901.338,05

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	12	1 DOSÍMETRO PADRÃO DE TÓRAX POR MÊS	25,0000	300,00
02	48	4 DOSÍMETROS DE TÓRAX POR MÊS	25,0000	1.200,00
03	12	DESPESAS DE EXPEDIÇÃO	30,0000	360,00
04		PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONCESSÃO DE USO DE APARELHOS PARA DOSIMETRIA PESSOAL NO SETOR DE RAO-X DO HOSPITAL MUNICIPAL, POR UM PERÍODO DE 12 MESES, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	1	10-8	00009911-2	VALOR LIQUIDO	1.860,00
--------------	---	------	------------	---------------	----------

☐ Serviços Foram Prestados ☐ Materiais Foram Entregues ☐ 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 ____/____/____ _____ 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 (um mil oitocentos e sessenta reais****
*****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor

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

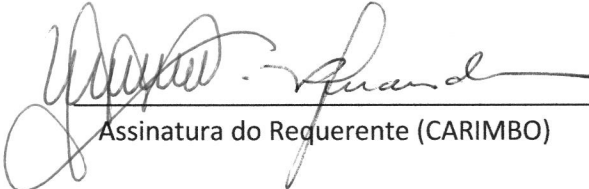


SECRETARIA: MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SERGIO BITENCOURT

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Pelo fato de não conseguirmos 3 orçamentos, não encontrando empresa que presta o SERVIÇO DE DOSIMETRIA PESSOAL no Estado do Paraná e visando a **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.

DATA: 06/01/2023


Assinatura do Requerente (CARIMBO)