

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                   |                                                            |                                           |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|
| <div>NOTA DE EMPENHO</div> <div>FMS - Fundo Municipal de Saúde de Chapadão do Sul</div> <div>AVENIDA ONZE, Nº 1045</div> <div>14.004.655/0001-42</div>                                                                                                                                                                               |             |                                                                   |                                                            | <div>OR - Ordinário</div> <div>1336</div> |                     |
| CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | FICHA: 414                                                        | DATA: 24/04/2024                                           |                                           | PEDIDO Nº: 01250/24 |
| 000194/24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                   | PROCESSO: 194/24                                           |                                           | VENCIMENTO:         |
| NOME: PLAY - CERTIFICADOS E SOLUCOES DIGITAIS LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   | CPF / CNPJ: 45.191.144/0001-00                             |                                           | CÓDIGO: 1015916     |
| ENDEREÇO: R VALDIR RODRIGUES DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                   | CIDADE: MIRASSOL                                           |                                           | ESTADO: SP          |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                                |                                                            |                                           |                     |
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | Poder Executivo                                                   |                                                            |                                           |                     |
| 35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | SEC. MUN. DE SAÚDE                                                |                                                            |                                           |                     |
| 3.3.90.39.99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA                    |                                                            |                                           |                     |
| 10.301.0002.2044.0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             | Manutenção Adm. do Serviço Saúde Pública                          |                                                            |                                           |                     |
| 1 500 1002                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde |                                                            |                                           |                     |
| DOTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | EMPENHADO ATÉ A DATA                                              |                                                            | VALOR DESTES EMPENHO                      |                     |
| 2.590.319,10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             | 2.589.419,10                                                      |                                                            | 900,00                                    |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                   |                                                            | 0,00                                      |                     |
| VALOR EM R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             | novecentos reais *****                                            |                                                            |                                           |                     |
| 900,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             | ***                                                               |                                                            |                                           |                     |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                   |                                                            |                                           |                     |
| DESPESA COM PAGAMENTO REFERENTE AQUISIÇÃO DE CERTIFICADO DIGITAL E-CPF TIPO A3 COM TOKEN, REFERENTE AS SERVIDORAS QUE IRÃO COMPOR A COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DISPOSTO NA LEI Nº 14.133/2021. EM ATENDIMENTO AO FMS FUNDO MUN. DE SAÚDE. PROC. ADM. 194/2024. PEDIDO 1250. PROC. ADM.-1DOC. 485/2024. |             |                                                                   |                                                            |                                           |                     |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CÓDIGO      | DESCR.                                                            | QTD                                                        | UNID                                      | VLR UNIT R\$        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 304.002.147 | CERTIFICADO DIGITAL E-CPF A3 DE 3 ANOS EI                         | 3,00                                                       | UN                                        | 300,00              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                   |                                                            |                                           | TOTAL               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                   |                                                            |                                           | 900,00              |
| VALOR TOTAL DOS ITENS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                   |                                                            |                                           | 900,00              |
| DENIR MARCELINO DE PAULA<br>CONTADOR - CRC: GO 022678/O-0 T/MS                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                                   | KARLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA<br>SECRETÁRIA MUN. DE SAÚDE |                                           |                     |

USUÁRIO: Denize Pereira Manzano

Assinado por 2 pessoas: KARLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA e DENIR MARCELINO DE PAULA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://chapadaodosul.1doc.com.br/verificacao/165B-08FA-AD56-81F2 e informe o código 165B-08FA-AD56-81F2





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 165B-08FA-AD56-81F2

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



KARLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA (CPF 017.XXX.XXX-78) em 26/04/2024 09:29:08 (GMT-04:00)

Papel: Assinante

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



DENIR MARCELINO DE PAULA (CPF 761.XXX.XXX-49) em 26/04/2024 13:17:18 (GMT-04:00)

Papel: Assinante

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://chapadaodosul.1doc.com.br/verificacao/165B-08FA-AD56-81F2>