

**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 000342.2024	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinário	Categoria de Empenho Comum
----------------------------------	------------------	------------------------------	-------------------------------

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Unidade 01 Departamento de Saúde  
 Dotação 10.301.0010.2.029.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO  
 Desdobramento 3390399999 DEMAIS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA J  
 Fonte de Recursos 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (Ec 29/00-15)

Credor 04611 ESCRITÓRIO CONTÁBIL ESQUEMA S/S  
 Endereço AV. PÉROLA BYINGTON 1294 CENTRO  
 CNPJ/CPF 13.143.834/0001-06 Fone Cidade PÉROLA

Licitação Dispensa por Lim	Número	Solicitação	Contrato	Emissão 25.01.24	Vencimento 24.02.24
-------------------------------	--------	-------------	----------	---------------------	------------------------

Valor Orçado 80.000,00	Saldo Anterior 43.322,00	Valor do Empenho 380,00	Saldo Atual 42.942,00
---------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	REFERENTE AQUISIÇÃO/CONFECÇÃO DE CERTIFICADO DIGITAL E-CPF A3 PARA A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA ABERTURA E MOVIMENTAÇÃO DE CONTAS BANCÁRIAS, CONFORME SOLICITAÇÃO.	380,0000	380,00

**LIQUIDADO**

Banco Credor	1	1354-4	00018292-3	VALOR LIQUIDO	380,00
--------------	---	--------	------------	---------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada 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**

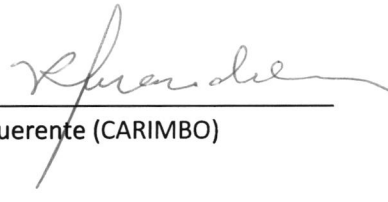

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de ( trezentos e oitenta reais\*\*\*\*\* ) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Credor Representada pelo Cheque nº \_\_\_\_\_ a ordem do banco  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Secretaria Municipal de SAÚDE  
Divisão: Secretaria

**JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA**

Serviço de emissão do certificado digital com token para a Secretária Municipal da Saúde, para abertura e movimentação de contas bancárias. Serviço de baixo valor amparado pela Lei 8.666/93, Art. 24, inciso II.



---

Assinatura do Requerente (CARIMBO)