



NOTA DE EMPENHO ORDINARIO
MUNICIPIO DE PARA DE MINAS
ESTADO DE MINAS GERAIS

C.N.P.J.: 18.313.817/0001-85

Município: PARÁ DE MINAS

Endereço: Afonso Pena, nº 30 - Centro

Código: EO 5019/2025

Tipo: ORDINARIO

Emissão: 29/04/2025

Vencimento: 29/04/2025

Ficha: 414

Processo: 101/2025

Dispensa de licitação 62/2025

Contrato:

Solicitação:

CREDOR: EIMA MATERIAIS ELETRICOS LTDA

CPF/CNPJ: 41.457.453/0001-29

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Telefone: (37) 3232-3601

Endereço: PROFESSOR MELLO CACADO - 1037

Cidade: Pará de Minas

UF: MG

Banco: 756 - BANCO COOPERATIVO

Conta: 9044001-3

Agência: 4034-0 - SICOOB

Tipo da Conta: Corrente

DOTAÇÃO: 414

Órgão: 02.000

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARA DE MINAS

Unidade: 02.009

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Funcional: 10.302.22

ATENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE

Projeto/Atividade: 2130

MANT.AT.ATENÇÃO MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMB./HOSPITALA

Natureza de despesa: 3.3.90.39.99.00.00.00

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Fonte de recurso: 1.500.000.1002

RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS (SAÚDE)

SALDOS:

Saldo inicial dotação:

0,00

Empenhos anteriores:

9.803.870,46

Saldo atualizado dotação :

9.840.896,19

Valor do empenho:

14.715,00

Total (A):

9.840.896,19

Valor anulado:

0,00

Total (B):

9.818.585,46

Total (A - B):

22.310,73

IMPORTÂNCIA:

Valor bruto:

14.715,00

Retenções:

0,00

Valor líquido:

14.715,00

RETENÇÕES:

Total de retenções:

0,00

ESPECIFICAÇÃO:

Solicitação: 3337/2025. Contratação de empresa para prestação de serviço de montagem de um QGBT auto transformador, incluído o fornecimento de peças, para aparelho de Raio-X da UPA 24 horas. Ficha: 414. Recurso: Saúde.

GILBERTO DENOZIRO VALADARES DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Ordenador da Despesa

DANIELA DE OLIVEIRA LEITE
CONTADORA
Responsável Técnico

LIQUIDAÇÃO:

Atesto a liquidação desta despesa (Artigo 63 da Lei nº 4320/64).

Data: ____ / ____ / ____

GILBERTO DENOZIRO VALADARES DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ORDEM DE PAGAMENTO:

Autorizo o pagamento desta despesa (Artigo 64 da Lei nº 4320/64).

Data: ____ / ____ / ____

GILBERTO DENOZIRO VALADARES DA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

DADOS DO PAGAMENTO:

Data: ____ / ____ / ____ Banco: ____ Agência: ____ Conta: ____ Documento bancário: ____

Quitação pelo credor na tesouraria: Recebi o valor deste documento, do qual dou plena quitação.

Nome do credor ou representante: ____ Assinatura: ____ Documento: ____

Assinantes

Veracidade do documento



Documento assinado digitalmente.
Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse
o site **verificador-assinaturas.plataforma.betha.cloud** e insira o código abaixo:

95P**1GN****M33****4R7**