



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 9500/2025
Tipo: ORDINARIO
Emissão: 28/08/2025
Vencimento: 28/08/2025
Ficha: 393

Processo: 193/2025 Dispensa de licitação 92/2025 Contrato: Solicitação:

CREDOR: PAULO VICTOR SANTOS MAGALHAES
CPF/CNPJ: 36.572.302/0001-81 Inscr.Est./Ident.Prof.: Telefone: (37) 9128-3599
Endereço: TRES CORACOES - 225 Cidade: Pará de Minas UF: MG
Banco: Conta:
Agência: Tipo da Conta:

DOTAÇÃO: 393
Órgão: 02.000 PREFEITURA MUNICIPAL DE PARA DE MINAS
Unidade: 02.009 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Funcional: 10.301.22 ATENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE
Projeto/Atividade: 2124 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA
Natureza de despesa: 3.3.90.39.15.00.00.00 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAM.
Fonte de recurso: 1.500.000.1002 RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS (SAÚDE)

SALDOS:				IMPORTÂNCIA:	
Saldo inicial dotação:	500.000,00	Empenhos anteriores:	123.351,88	Valor bruto:	2.800,00
Saldo atualizado dotação :	126.448,20	Valor do empenho:	2.800,00	Retenções:	0,00
Total (A):	126.448,20	Valor anulado:	0,00	Valor líquido:	2.800,00
		Total (B):	126.151,88		
		Total (A - B):	296,32		

RETENÇÕES:

Total de retenções: 0,00

ESPECIFICAÇÃO:

Contratação de empresa para prestação de serviço de manutenção em aparelho de raio x para diagnóstico odontológico, localizado na UBS Nossa Senhora da Piedade, conforme solicitação da Secretaria Municipal de Saúde. SF 7243/25. 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:

00Y**P00****DP5****GW3**