



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 4373/2025

Tipo: ORDINARIO

Emissão: 07/04/2025

Vencimento: 07/04/2025

Ficha: 361

Processo: 57/2025 Dispensa de licitação 41/2025 Contrato: Solicitação:

CREDOR: GNC COMERCIO DE VEICULOS LTDA

CPF/CNPJ: 09.564.676/0002-63

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Telefone: (37) 3301-6500

Endereço: SANTA RITA DE CASSIA - 302

Cidade: Divinópolis

UF: MG

Banco: 237 - Banco Bradesco S.A.

Conta: 804-4

Agência: 0508-8 - BANCO BRADESCO

Tipo da Conta: Corrente

DOTAÇÃO: 361

Órgão: 02.000

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARA DE MINAS

Unidade: 02.009

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Funcional: 10.122.1

APOIO ADMINISTRATIVO

Projeto/Atividade: 2116

MANUTENÇÃO CONTROLE/ REGULAÇÃO/ AVALIAÇÃO/ AUDITORIA

Natureza de despesa: 3.3.90.39.16.00.00.00

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS

Fonte de recurso: 1.500.000.1002

RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS (SAÚDE)

SALDOS:

Saldo inicial dotação:

500.000,00

Empenhos anteriores:

149.654,89

Saldo atualizado dotação :

150.350,00

Valor do empenho:

540,10

Total (A):

150.350,00

Valor anulado:

0,00

Total (B):

150.194,99

Total (A - B):

155,01

IMPORTÂNCIA:

Valor bruto:

540,10

Retenções:

0,00

Valor líquido:

540,10

RETENÇÕES:

Total de retenções:

0,00

ESPECIFICAÇÃO:

Solicitação: 2664/2025. Aquisição de peças para serviço de revisão de 20.000 quilômetros do veículo TOYOTA HILUX CS DSL 4X4 de placas SYD1E18, para a manutenção das atividades do CARA/TFD-Transporte. Ficha: 361. 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:

3PM**KR3****KWE****0YW**