



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 4375/2025

Tipo: ORDINARIO

Emissão: 07/04/2025

Vencimento: 07/04/2025

Ficha: 357

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: 357
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: 3.3.90.30.37.00.00.00 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS
Fonte de recurso: 1.500.000.1002 RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS (SAÚDE)

SALDOS:				IMPORTÂNCIA:	
Saldo inicial dotação:	10.000,00	Empenhos anteriores:	50.777,24	Valor bruto:	1.301,90
Saldo atualizado dotação :	52.129,00	Valor do empenho:	1.301,90	Retenções:	0,00
Total (A):	52.129,00	Valor anulado:	0,00	Valor líquido:	1.301,90
		Total (B):	52.079,14		
		Total (A - B):	49,86		

RETENÇÕES:

Total de retenções: 0,00

ESPECIFICAÇÃO:
Solicitação: 2664/2025. Serviço de revisão de 20.000 quilômetros) do veículo TOYOTA HILUX CS DSL 4X4 de placa SYD1E18, para a manutenção das atividades do CARA/TFD-Transporte. Ficha: 357. 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:

6LP**NGL****KZX****JRX**