

**MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL**

Rua General João Antônio, 1305 97.420-000

(55) 3257-1313

87.572.079/0001-03

São Vicente do Sul - RS

**NOTA DE EMPENHO****Nr. Empenho:****11869****Fonte de Recurso:** 600 - Transf. Fundo a Fundo de Rec do SUS**Recurso Gerencial:** 4500 - CUSTEIO - ATENÇÃO PRIMÁRIA**Código de Acompanhamento:** 0000 - Não se Aplica

Órgão: 8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	Unidade Orçamentária: 3 Secretaria Municipal de Saúde - Unidades Bás
---	---

Dotação: 17793 - 08.03.10.301.00121.2049 383 - 3390.30.00.00.00.00 Custeio da Rede de Atenção Primária do Município	Categoria: 418 - 3390.30.35.00.00.00 MATERIAL LABORATORIAL
--	---

Credor: <b>7726 MEDPLUS-COM. ARTIGO MÉDICOS LTDA</b>	Porte: ME	Espécie: Ordinário	Origem Recurso: Orçamentário
---	--------------	-----------------------	---------------------------------

Endereço: Rua Tuiuti - 1016	Fone: (55) 3219-2087	Cidade: Santa Maria - RS
--------------------------------	-------------------------	-----------------------------

CNPJ/CPF: 01.706.665/0001-88	PIS/PASEP:	Banco: 001 - BANCO BRASIL	Agência: 01260	Conta Corrente: 1131869
---------------------------------	------------	------------------------------	-------------------	----------------------------

Evento: COMUM	Objeto da Despesa: 11 MATERIAL HOSPITALAR
------------------	--

Licitação: Disp. por Pequeno Valor	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão: <b>22/09/2023</b>
---------------------------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------	----------------	-------------------------------

Característica Peculiar: Não se Aplica	Valor Orçado: 95.000,00	Saldo Anterior: 3.955,93	Valor do Empenho: 934,50	Saldo Atual: 3.021,43
---	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
3,000	Par Halter Emborrachado - 5 kg	170,000	510,00
2,000	Par Tornozela - 3 kg	90,000	180,00
2,000	Par Tornozela - 5 kg	90,000	180,00
5,000	Esparadrapo impermeável, medindo 10cm x 4,5m, confeccionado em tecido 100% algodão, com resina acrílica impermeabilizante, cor branca, isento de substâncias alérgicas de germes patogênicos, impermeabilidade dorsal adequada à sua finalidade, flexibilidade suficiente para adaptar-se às dobras da pele sem que ocorra excessiva pressão ou fácil desprendimento, massa uniformemente distribuída, adequada fixação de camada adesiva no pano base, fácil remoção sem deixar resíduos ou manchas na superfície, bordas devidamente moldadas a fim de evitar soltura dos fios, apresentando enrolado em carretel plástico com capa de proteção - unidade	12,900	64,50
Finalidade: AQUISIÇÃO DOS MATERIAIS /EQUIPAMENTOS			

DESTINO: Rua 7 de Setembro, nº 815

**Contadoria Geral**

Empenhado

Conferido

/ / Data

Ordenador da Despesa

**RECIBO**

Recebi(emos) da TESOURARIA MUNICIPAL a importância abaixo especificada, referente a:

Data	Valor	Doc Nº.	Cheque Nº.	Banco	Data Pgto	Tesoureiro(a)	Credor
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		
/ /					/ /		

Secretário(a)

Gerente Municipal

Credor(a)



**MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL**

Rua General João Antônio, 1305 97.420-000

(55) 3257-1313

87.572.079/0001-03

São Vicente do Sul - RS

**NOTA DE EMPENHO****Nr. Empenho:****11869****Fonte de Recurso:** 600 - Transf. Fundo a Fundo de Rec do SUS**Recurso Gerencial:** 4500 - CUSTEIO - ATENÇÃO PRIMÁRIA**Código de Acompanhamento:** 0000 - Não se Aplica

Órgão: 8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	Unidade Orçamentária: 3 Secretaria Municipal de Saúde - Unidades Bás
---	---

Dotação: 17793 - 08.03.10.301.00121.2049 383 - 3390.30.00.00.00.00 Custeio da Rede de Atenção Primária do Município	Categoria: 418 - 3390.30.35.00.00.00 MATERIAL LABORATORIAL
--	---

Credor: <b>7726 MEDPLUS-COM. ARTIGO MÉDICOS LTDA</b>	Porte: ME	Espécie: Ordinário	Origem Recurso: Orçamentário
---	--------------	-----------------------	---------------------------------

Endereço: Rua Tuiuti - 1016	Fone: (55) 3219-2087	Cidade: Santa Maria - RS
--------------------------------	-------------------------	-----------------------------

CNPJ/CPF: 01.706.665/0001-88	PIS/PASEP:	Banco: 001 - BANCO BRASIL	Agência: 01260	Conta Corrente: 1131869
---------------------------------	------------	------------------------------	-------------------	----------------------------

Evento: COMUM	Objeto da Despesa: 11 MATERIAL HOSPITALAR
------------------	--

Licitação: Disp. por Pequeno Valor	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão: <b>22/09/2023</b>
---------------------------------------	-----------------	---------------	--------------	---------------	----------------	-------------------------------

Característica Peculiar: Não se Aplica	Valor Orçado: 95.000,00	Saldo Anterior: 3.955,93	Valor do Empenho: 934,50	Saldo Atual: 3.021,43
---	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
	FAZ-SE NECESSARIO TENDO EM VISTA A MODERNIZAÇÃO E MELHOR ATENDIMENTO AOS PACIENTES QUE UTILIZAM O CENTRO DE FISIOTERAPIA DO MUNICIPIO.		

DESTINO: Rua 7 de Setembro, nº 815

**Total Geral:****934,50****Contadoria Geral**\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Empenhado\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Conferido\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Ordenador da Despesa**RECIBO**

Recebi(emos) da TESOUREARIA MUNICIPAL a importância abaixo especificada, referente a:

Data	Valor	Doc Nº.	Cheque Nº.	Banco	Data Pgto	Tesoureiro(a)	Credor
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____
__/__/__	_____	_____	_____	_____	__/__/__	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Secretário(a)\_\_\_\_\_  
Gerente Municipal\_\_\_\_\_  
Credor(a)