MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SUL

NOTA DE EMPENHO

Rua General João Antônio,
(55) 3257-1313
87.572.079/0001-03
São Vicente do Sul - RS
97.420-000

Nr. Empenho:	Fonte de Recurso: 500 - Recursos não Vinculados de Impostos
1230	Recurso Gerencial: 40 - AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE S
	Código de Acompanhamento: 1002 - Identificação das despesas

Órgão:	Unidade Orçamentária:
8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	4 Secretaria Municipal de Saúde - Farmácia Bás
Dotação: 36830 - 08.04.10.301.00121.2046 444 - 3390.32.00.00.00.00 Manutenção da Farmácia Básica Municipal - ASPS	Categoria: 1204 - 3390.32.02.00.00.00 MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
8929 A G KIENEN E CIA LTDA	Geral	Ordinário	Orçamentário
Endereço: Rua Benjamin Borges dos Santos - 87	Fone: (46) 3224-2100	Cidade: Pato Branco - PR	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
82.225.947/0001-65		001 - BANCO BRASIL	04952	185477

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	10 MEDICAMENTOS

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	10/ 2024			15/2024		**30/01/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	102.539,61	78.206,38	4.192,50	74.013,88

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
3.000,000	Cloridrato de Bupropiona 150 mg	0,400	1.200,00
3.000,000	Carbamazepina 200 mg	0,170	510,00
50,000	Dexametasona 1 mg/mL + Sulfato de Neomicina 5 mg/mL (eq a 3,5 mg/ml da base) + Sulfato de Polimixina B 6.000 UI solução oftálmica estéril - frasco 5 mL	10,550	527,50
2.000,000	Domperidona 10 mg	0,090	180,00
10.000,000	Cloridrato de Fluoxetina 20 mg	0,070	700,00
3.000,000	Pregabalina 75 mg	0,300	900,00
50,000	Maleato de Timolol 0,5 % solução oftálmica - Frasco 5 mL	3,500	175,00
	Finalidade: Aquisição de medicamentos para dispensação aos munícipes no âmbito da Farmácia Básica Municipal.		

DESTINO: Rua Sete de Setembro, n° 815

Total Geral: ***4.192,50***

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) _____