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
5717	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	1 Secretaria Municipal de Saude - Gestão
Dotação: 16126 - 08.01.10.301.00121.2043 383 - 3390.30.00.00.00.00 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde - ASPS	Categoria: 418 - 3390.30.35.00.00.00 MATERIAL LABORATORIAL

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
15592 ROSSI PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	EPP	Ordinário	Orçamentário
Endereço: Rua João Leonardelli - 165	Fone: (54) 3211-4571	Cidade: Caxias do Sul - RS	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
00.072.182/0001-06		041 - BANRISUL S/A	0606	18001023-02

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	11 MATERIAL HOSPITALAR

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	106/ 2024			151/2024		**16/05/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	40.760,49	29.748,55	730,00	29.018,55

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
2,000	PINÇA P ALGODAO	10,900	21,80
8,000	PINÇA ADSON DENTE DE RATO RETA 10CM.	27,900	223,20
6,000	439219 - Cuba uso hospitalar, mateirial: aço inox, formato: tipo Rim, capacidade cerca de 700ml	17,900	107,40
8,000	PINÇA MOSQUITO CURVA 12CM	22,300	178,40
8,000	PINÇA MOSQUIT 12CM RETA	24,900	199,20
	Finalidade: AQUISIÇÃO DE MATERIAL AMBULATORIAL PARA SUPRIR A FALTA NAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE, PARA MELHOR ATENDIMENTO A POPULAÇÃO.		

DESTINO: ENTREGA NA RUA 07 DE SETEMBRO 815

Total Geral: ***730,00***

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) _____