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: 622 - Transferências Fundo a Fundo de Recu
7686	Recurso Gerencial: 1041 - HSVF - HOSPITAL SÃO VICENTE FE
	Código de Acompanhamento: 0000 - Não se Aplica

Órgão:	Unidade Orçamentária:
8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	2 Secretaria Municipal de Saúde - Hospital São \

Dotação: 35424 - 08.02.10.302.00122.2239 775 - 4490.52.00.00.00.00	Categoria: 779 - 4490.52.08.00.00.00
Manutenção das Atividades do Hospital São Vicente Ferrer - HSVF	APARELHOS, EQUIPAMENTOS E UTENSILIOS MEDICOS, OD

Conta Patrimonial: 2332 - 12311.01.03.00.00.00 - APARELHOS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, LA

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
6048 COMERCIAL CIRURGICA MEDIANEIRA LTDA EPP	EPP	Ordinário	Orçamentário

Endereço:	Fone:	Cidade:
RUA BARAO DO TRIUNFO - 2405	(55) 3307-2909	Santa Maria - RS

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
93.185.098/0001-80		041 - BANRISUL S/A	0353	19.021190.0-6

Evento:	Objeto da Despesa:
Aquisição de Imobilizado	28 MATERIAL PERMANENTE

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	155/ 2024			223/2024		**26/06/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	12.590,84	12.590,84	1.186,56	11.404,28

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
3,000	ASPIRADOR DE SECREÇÃO PORTATIL COM BATERIA RECARREGÁVEL BIVOLT, 3 ANOS DE GARANTIA E CERTIFICADO DO INMETRO Finalidade: Aquisição de materias para uso em pacientes do hospital São Vicente Ferrer, tendo em vista não haver pregão vigente para compra dos mesmos.	395,520	1.186,56

DESTINO: RUA ANTONIO GOMES, 1116. SETOR DE FARMÁCIA DO HOSP

Total Geral: ***1.186,56***

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) _____