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
10034	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	2 Secretaria Municipal de Saúde - Hospital São \

Dotação: 19711 - 08.02.10.302.00122.2058 383 - 3390.30.00.00.00.00	Categoria: 392 - 3390.30.09.00.00.00
Manutenção das Atividades do Hospital São Vicente Ferrer - ASPS	MATERIAL FARMACOLOGICO

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
17211 HOSPLIVE DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS HOSPITALAR	EPP	Ordinário	Orçamentário

Endereço:	Fone:	Cidade:
Avenida Osvaldo Cruz - 39	(55)99642-8167	Santa Maria - RS

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
46.321.558/0001-70		001 - BANCO BRASIL	126-0	93776-2

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	10 MEDICAMENTOS

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	210/ 2024			307/2024		**22/08/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	247.769,85	20.701,94	1.344,00	19.357,94

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
120,000	Cloridrato de Ciprofloxacino 2 mg/mL, bolsa plástica de 100 mL sistema fechado Finalidade: Aquisição de medicamentos para uso em pacientes internados e em observação no hospital municipal São Vicente Ferrer, visto que não há pregão vigente para compra dos mesmos.	11,200	1.344,00

DESTINO: RUA ANTÔNIO GOMES, Nº 1116.

Total Geral: ***1.344,00***

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) _____