

**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:**  
**12292**

**Fonte de Recurso:** 600 - Transf. Fundo a Fundo de Rec do SUS  
**Recurso Gerencial:** 4501 - CUSTEIO - ATENÇÃO DE MÉDIA E  
**Código de Acompanhamento:** 0000 - Não se Aplica

Órgão: 8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	Unidade Orçamentária: 2 Secretaria Municipal de Saúde - Hospital São
Dotação: 20005 - 08.02.10.302.00122.2059 383 - 3390.30.00.00.00.00 Manutenção da Farmácia do Hospital com Recursos do SUS	Categoria: 419 - 3390.30.36.00.00.00 MATERIAL HOSPITALAR

Credor: <b>16632 SM MEDICAL DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS HOSPITAL</b>	Porte: ME	Espécie: Ordinário	Origem Recurso: Orçamentário
<b>Endereço:</b> RAU MARECHAL FLORIANO PEIXOTO - 2245	Fone: (55) 3611-6711	Cidade: Santa Maria - RS	
CNPJ/CPF: 44.100.756/0001-88	PIS/PASEP:	Banco: 001 - BANCO BRASIL	Agência: 7641-4 Conta Corrente: 460-x

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

Licitação: Dispensa de Licitação	Nr. Lic. / Ano: 260/ 2024	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra: 371/2024	Contrapartida:	Emissão: <b>09/10/2024</b>
Característica Peculiar:	Valor Orçado: 104.343,95	Saldo Anterior: 58.438,50	Valor do Empenho: 490,00	Saldo Atual: 57.948,50		

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
30,000	Máscara de oxigênio alta concentração - modelo máscara de Hudson - Adulto	9,800	294,00
20,000	Máscara de oxigênio alta concentração - modelo máscara de Hudson - Infantil	9,800	196,00
Finalidade: AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA USO EM PACIENTES INTERNADOS E EM OBSERVAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL, VISTO QUE NÃO HÁ PREGÃO VIGENTE PARA COMPRA.			

**DESTINO:** Rua Antônio Gomes, nº 1116.

**Total Geral: 490,00**

**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)

