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: 600 - Transf. Fundo a Fundo de Rec do SUS
13357	Recurso Gerencial: 4501 - CUSTEIO - ATENÇÃO DE MÉDIA E
	Código de Acompanhamento: 0000 - Não se Aplica

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

Dotação: 19975 - 08.02.10.302.00122.2059 383 - 3390.30.00.00.00.00	Categoria: 392 - 3390.30.09.00.00.00
Manutenção da Farmácia do Hospital com Recursos do SUS	MATERIAL FARMACOLOGICO

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
16632 SM MEDICAL DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS HOSPITAL/	ME	Ordinário	Orçamentário

Endereço:	Fone:	Cidade:
RAU MARECHAL FLORIANO PEIXOTO - 2245	(55) 3611-6711	Santa Maria - RS

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
44.100.756/0001-88		001 - BANCO BRASIL	7641-4	460-x

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	10 MEDICAMENTOS

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	282/ 2024			397/2024		**01/11/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	104.343,95	55.843,58	2.999,90	52.843,68

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
200,000	Omeprazol 40 mg pó liófilo para solução injetável + diluente 10 ml Finalidade: Aquisição de medicamentos com urgência para uso em pacientes internados e em observação do hospital municipal, pelo motivo do medicamento ter sido cancelado pela pregão.	15,000	2.999,90

DESTINO: Rua Antônio Gomes .119 Setor Farmácia do Hospital

Total Geral: ***2.999,90***

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) _____