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
15219	*Recurso Gerencial:* 4501 - CUSTEIO - ATENÇÃO DE MÉDIA E A
	Código de Acompanhamento: 0000 - Não se Aplica

Órgão:	Unidade Orçamentária:
8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	2 Secretaria Municipal de Saúde - Hospital São \
Dotação: 20034 - 08.02.10.302.00122.2060 383 - 3390.30.00.00.00.00 Custeio das Atividades do Hospital com Recursos do SUS	Categoria: 390 - 3390.30.07.00.00.00 GÊNEROS DE ALIMENTAÇÃO

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
11113 GUERRA E MINUZZI LTDA	EPP	Ordinário	Orçamentário
Endereço: Avenida Daltro Filho - 455	Fone: (55)99635-7918	Cidade: Jaguari - RS	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
19.380.564/0001-25		041 - BANRISUL S/A	0240	06.030901.0.7

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	8 GENEROS ALIMENTICIOS

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	313/ 2024			444/2024	1 - RECURSO LIVRE - IMPC	**10/12/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	181.499,60	128.817,70	397,50	128.420,20

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
30,000	Café em pó homogêneo, torrado e moído, do tipo superior, tipo exportação, com torrefação média. Embalado à vácuo em pacotes de 500 g. Predominantemente café tipo arábica, com grãos de café dos tipos 6 COB, ausência de grãos pretos-verdes ou fermentados. Produto com validade de 12 meses. Com Selo de Pureza ABIC, Nota superior a 6 na escala sensorial Programa de Qualidade do Café (QG-Qualidade Global). Finalidade: AQUISIÇÃO DE CAFÉ EM PÓ - PACOTE DE G	13,250	397,50

DESTINO: Antônio Gomes - Hospital Municipal

Total Geral: ***397,50***

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)
_____	_____	_____