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
15213	***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: 20049 - 08.02.10.302.00122.2060 383 - 3390.30.00.00.00.00 Custeio das Atividades do Hospital com Recursos do SUS	Categoria: 405 - 3390.30.22.00.00.00 MATERIAL DE LIMPEZA E PRODUTOS DE HIGIENIZACAO

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
17167 SUARES DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA LT	ME	Ordinário	Orçamentário
Endereço: Rua Délcio Ferreira de Azevedo - 531	Fone: (15) 3202-9213	Cidade: Sorocaba - SP	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
18.202.203/0001-26		000 -		

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	12 MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa de Licitação	315/ 2024			446/2024		**10/12/2024**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	181.499,60	129.820,20	1.400,00	128.420,20

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
7,000	Amaciante de tecidos, líquido viscoso, odor floral para uso na lavanderia hospitalar. Composição: matéria ativa catiônica, espessante, corante, essência. Princípio ativo: Cloreto Dialquil Dimetil Amônio (4:10 p/p) 5%. pH (solução 100%) 4,5 a 5,5. Densidade: (g/cm³) 0,94 a 0,98. Embalagem com 20kg Finalidade: Aquisição de materiais para pleno funcionamento da lavanderia hospitalar do hospital municipal, visto que não há pregão vigente para compra.	200,000	1.400,00

DESTINO: ANTÔNIO GOMES 1116

Total Geral: ***1.400,00***

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)
_____	_____	_____