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
2743	*Recurso Gerencial:* 4500 - CUSTEIO - ATENÇÃO PRIMÁRIA
	Código de Acompanhamento: 0000 - Não se Aplica

Órgão:	Unidade Orçamentária:
8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	3 Secretaria Municipal de Saúde - Unidades Bás
Dotação: - 08.03.10.301.00121.2049 383 - 3390.30.00.00.00.00 Custeio da Rede de Atenção Primária do Município	Categoria: 419 - 3390.30.36.00.00.00 MATERIAL HOSPITALAR

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
7726 MEDPLUS COM ARTIGO MEDICOS LTDA	ME	Ordinário	Orçamentário
Endereço: Rua Tuiuti - 1016	Fone: (55) 3219-2087	Cidade: Santa Maria - RS	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
01.706.665/0001-88		001 - BANCO BRASIL	01260	1131869

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	11 MATERIAL HOSPITALAR

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa De Licitação	24/ 2025			49/2025		**05/03/2025**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	121.247,48	119.213,48	1.875,00	117.338,48

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1.500,000	Sonda uretral hidrofilica lubrificada nº 12	0,640	960,00
25,000	Gel hidratante e absorvente para feridas, não estéril, composto de alginato de cálcio e sódio e carboximetilcelulose sódica num excipiente aquoso, transparente e viscoso, 85gr Finalidade: Aquisição de materiais para consumo nas Unidades Básicas, Sala de Vacinas, Sonda para paciente que faz uso constante.	36,600	915,00

DESTINO: Sete de Setembro 815

Total Geral: ***1.875,00***

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) _____