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 - Transferências Fundo a Fundo de Recu
11607	***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: - 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:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
17211 HOSPLIVE DISTRIBUIDORA DE MATERIAIS HOSPITALAR	EPP	Ordinário	Orçamentário
Endereço: Avenida Osvaldo Cruz - 39	Fone: (55)99642-8167	Cidade: Santa Maria - RS	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
46.321.558/0001-70		001 - BANCO BRASIL	126-0	93776-2

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	11 MATERIAL HOSPITALAR

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Dispensa De Licitação	187/ 2025			336/2025		**10/10/2025**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
	138.003,54	91.537,64	550,00	90.987,64

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
5,000	OXIMETRO DE PULSO PORTATIL GTECH MODELO LED DIGITAL Finalidade: AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE QUALIDADE PARA EXCELÊNCIA NOS ATENDIMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL, VISTO QUE NÃO HÁ PREGÃO VIGENTE PARA COMPRA DOS MESMOS.	110,000	550,00

DESTINO: RUA ANTONIO GOMES 1116, SETOR DE FARMÁCIA DO HOSPI

Total Geral: ***550,00***

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) _____