

**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:**  
**14067**

**Fonte de Recurso:** 600 - Transferências Fundo a Fundo de Recu  
**Recurso Gerencial:** 4501 - CUSTEIO - ATENÇÃO DE MÉDIA E  
**Código de Acompanhamento:** 0000 - Não se Aplica

Órgão: 8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	Unidade Orçamentária: 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: 392 - 3390.30.09.00.00.00 MATERIAL FARMACOLOGICO

Credor: <b>10055 INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>	Porte: Geral	Espécie: Ordinário	Origem Recurso: Orçamentário
Endereço: Rua Dr. João Caruso - 2115	Fone: (54) 2106-7930	Cidade: Erechim - RS	
CNPJ/CPF: 12.889.035/0001-02	PIS/PASEP:	Banco: 001 - BANCO BRASIL	Agência: 132-5 Conta Corrente: 161027-9

Evento: COMUM	Objeto da Despesa: 10 MEDICAMENTOS
------------------	---------------------------------------

Licitação: Dispensa De Licitação	Nr. Lic. / Ano: 228/ 2025	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra: 398/2025	Contrapartida:	Emissão: <b>08/12/2025</b>
Característica Peculiar:	Valor Orçado: 138.003,54	Saldo Anterior: 49.671,55	Valor do Empenho: 505,00	Saldo Atual: 49.166,55		

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
500,000	Gentamicina 80mg/2mL  Finalidade: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA USO EM PACIENTES DO HOSPITAL MUNICIPAL, VISTO QUE NO PREGÃO VIGENTE O MEDICAMENTO NÃO POSSUI MAIS SALDO E TEMOS PACIENTE EM ISOLAMENTO FAZENDO USO.	1,010	505,00

**DESTINO:** RUA ANTONIO GOMES 1116, SETOR DE FARMACIA DO HOSPI **Total Geral: 505,00**

**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)

