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:* 1621.4011 - FES - ATENÇÃO PRIMÁRIA - P
9743	*Código de Acompanhamento:* 0000 - Não se Aplica

Órgão:	Unidade Orçamentária:
8 Secretaria Municipal de Saúde - SMS	1 FMS - Gestão
Dotação: 229 - 08.01.10.301.00012.2056 383 - 3390.30.00.00.00.00 MANUTENÇÃO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE	Categoria: 422 - 3390.30.39.00.00.00 MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS

Credor:	Porte:	Espécie:	Origem Recurso:
15230 MECASUL AUTO MECANICA SA	ME	Ordinário	Orçamentário
Endereço: ROD BR 158 - 1000	Fone: (55) 3220-7400	Cidade: Santa Maria - RS	

CNPJ/CPF:	PIS/PASEP:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:
88.616.776/0008-58		041 - BANRISUL S/A	0353	0610242905

Evento:	Objeto da Despesa:
COMUM	112 MATERIAL DE MANUTENÇÃO E CONSEI

Licitação:	Nr. Lic. / Ano:	Contrato/Ata:	Solicitação:	Proc. Compra:	Contrapartida:	Emissão:
Inexigibilidade	51/ 2026			290/2026		**14/09/2026**

Caracteristica Peculiar:	Valor Orçado:	Saldo Anterior:	Valor do Empenho:	Saldo Atual:
Não se Aplica	460.995,29	2.923,30	1.820,52	1.102,78

Quantidade	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
1,000	PACOTE DE FILTROS: FILTRO DE AR, OLEO, COMBUSTIVEL	1.098,000	1.098,00
1,000	JOGO DE PEÇAS REVISÃO MB	609,760	609,76
1,000	filtro de pó	100,270	100,27
2,000	PANO DE LIMPEZA	1,170	2,34
1,000	ANEL DE VEDAÇÃO	10,150	10,15
	Finalidade: contratação para a realização da revisão periódica de 20.000 km da ambulância I/M.BENZ 417 ALTER AMB CHASSI: 8AC907645TE277504 ANO:2025/2026 placa: TRG6B45		

DESTINO: Oficina

Total Geral: ***1.820,52***

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) _____