		<b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b> Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47				<b>NOTA DE EMPENHO</b>  <b>0002102</b>	
DATA EMPENHC <b>27/04/2017</b>	TIPO Estimado	MODALIDADE Pregão 29/2017	Nº AF/CI 0019105	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.301.2055.01.2.055.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA <b>178/0</b>	
OBJETO DA DESPESA Aquisição Mat.Odontológico			Nº CONTRATO: 084	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF		<b>EXERCÍCIO: 2017</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 148 Transferências de Recursos do SUS para Atenção Básica			
ORGÃO: 02 EXECUTIVO ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe UNIDADE: 09 Secretaria Municipal de Saúde SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde				SUBFUNÇÃO: 301 Atenção Básica PROGRAMA: 2055 Manutenção das Atividades do Atendimento Odontológico PROJ/ATIV: 2.055 Manutenção do Atendimento Odontológico ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo SUBELEMENTO 3.3.90.30.10.00 Material Odontológico			

Página 1 de 3

RAZÃO SOCIAL: <b>Cirúrgica Vitória Comércio de Medicamentos - Eireli</b>			CÓDIGO: <b>001188</b>	CNPJ/CPF: <b>07.700.245/0001-70</b>	
ENDEREÇO: Rua. Brasil, nº 249			BAIRRO: Vila Santa Isabel	CEP: 15.890-000	
CIDADE: Uchoa		UF: SP	TELEFONE: (17) 3826-9797	FAX: (17) 3826-9797	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 703058901111
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.					
Ordenador: _____			Assinatura: _____		

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
001	5	UN	D	SERINGA PARA IRRIGAÇÃO (VIDRO) 10 ML	KONEN	65,540	0,00	0,00	327,70				
002	3	UN	D	SERINGA CARPULE PARA ANESTESIA DE AÇO INOX C/ REFLUXO.	GOLGRAN	34,200	0,00	0,00	102,60				
003	10	UN	D	INSTRUMENTAL, ALAVANCA (EXTRATOR) DE AÇO INOX APICAL N° 304	GOLGRAN	29,750	0,00	0,00	297,50				
004	7	FR	D	MICRO APLICADORES DESCARTÁVEIS (BRUSH),INDICADO PARA APLICAR PRODUTOS ODONTOLÓGICOS (EX:ADESIVOS DENTINÁRIOS).TAMANHO FINO (FINE),FEITO EM PLÁSTICO.EMBALAGEM FRASCO COM 100 APLICADORES	KG	12,700	0,00	0,00	88,90				
005	40	FR	D	MICRO APLICADORES (BRUSH), INDICADO PARA APLICAR PRODUTOS ODONTOLÓGICOS (EX. ADESIVOS DENTINÁRIOS). TAMANHO EXTRA FINO (EXTRA FINE), FEITO EM PLÁSTICO, EMBALAGEM FRASCO COM 100 APLICADORES	KG	12,700	0,00	0,00	508,00				
006	493	UN	D	COMPRESSA DE GAZE HIDRÓFILA, NÃO ESTÉRIL, UTILIZADAS P/ABSORÇÃO DE SANGUE E EXSUDATOS, CURATIVOS E ANTISEPSIA, FEITA C/ 8 CAMADAS, 5 DOBRAS, 11 FIOS POR 2CM, 100% ALGODÃO PURO, MEDIDAS: ABERTA 20CMX40CM/FECHADA 7,5CMX7,5CM.	MEDPLUS	12,300	0,00	0,00	6.063,90				
007	16	FR	D	ÁLCOOL 70% INPM EM GEL HIDRATADO (ANTI-SÉPTICO), COM HIDRATANTE ALOE VERA, INDICADO PARA ASSEPSIA DAS MÃOES, EMBALAGEM FRASCO DE 440G, COM TAMPA COM SISTEMA DE PRESSÃO QUE DISPERSA O ÁLCOOL. INCOLOR	MEGA	8,600	0,00	0,00	137,60				
008	20	GL	D	ÁGUA DESTILADA DE USO PROFISSIONAL, PARA AUTOCLAVES, GALÃO DE 05 LITROS	ASFER	7,180	0,00	0,00	143,60				
009	8	PC	D	ANESTÉSICO TÓPICO DE USO LOCAL, FORMA DE GEL, BENZOCAÍNA 200MG SABOR TUTTI-FRUTTI, POTE COM 12 GRAMAS. VALIDADE MÍNIMA DE 15 MESES APARTIR DA DA ENTREGA.	DFL	7,000	0,00	0,00	56,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
13.941,71		0,00		0,00		0,00						13.941,71	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS, OS QUAIS SERÃO UTILIZADOS NOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.
---

**OUTRAS INFORMAÇÕES**


<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 27/04/2017	INICIAL OU SALDO: 77.536,37	EMPENHADO: 13.941,71	SALDO DISPONÍVEL: 63.594,66	Kely Agreli Borges Gonçalves	

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resp. liquidação: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.	Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Responsável	Responsável
Nome do responsável:	Documento de identidade:
Dados bancários - Banco: Agência: Conta:	

BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva
--------	----------	-----------	------------	--

		<b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b> Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47				<b>NOTA DE EMPENHO</b>  <b>0002102</b>	
DATA EMPENHC 27/04/2017	TIPO Estimado	MODALIDADE Pregão 29/2017	Nº AF/CI 0019105	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.301.2055.01.2.055.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA 178/0	
OBJETO DA DESPESA Aquisição Mat.Odontológico			Nº CONTRATO: 084	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF		<b>EXERCÍCIO: 2017</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 148 Transferências de Recursos do SUS para Atenção Básica			
ORGÃO: 02 EXECUTIVO ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe UNIDADE: 09 Secretaria Municipal de Saúde SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde				SUBFUNÇÃO: 301 Atenção Básica PROGRAMA: 2055 Manutenção das Atividades do Atendimento Odontológico PROJ/ATIV: 2.055 Manutenção do Atendimento Odontológico ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo SUBELEMENTO 3.3.90.30.10.00 Material Odontológico			

Página 2 de 3

RAZÃO SOCIAL: <b>Cirúrgica Vitória Comércio de Medicamentos - Eireli</b>			CÓDIGO: <b>001188</b>	CNPJ/CPF: <b>07.700.245/0001-70</b>	
ENDEREÇO: Rua. Brasil, nº 249			BAIRRO: Vila Santa Isabel	CEP: 15.890-000	
CIDADE: Uchoa		UF: SP	TELEFONE: (17) 3826-9797	FAX: (17) 3826-9797	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 703058901111
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.					
Ordenador: _____			Assinatura: _____		

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
010	5	UN	D	INSTRUMENTAL EM AÇO INOX, APLICADOR DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO, DUPLO E ANGULAR	GOLGRAN,	6,800	0,00	0,00	34,00				
011	10	UN	D	INSTRUMENTAL EM AÇO INOX, CALCADOR P/ AMALGAMA DUPLO HOLLEMBACK Nº 03	GOLGRAN	5,900	0,00	0,00	59,00				
012	10	UN	D	INSTRUMENTAL EM AÇO INOX, CALCADOR P/AMALGAMA DUPLO HOLLEMBACK Nº 05	GOLGRAN	5,900	0,00	0,00	59,00				
013	32	UN	D	INSTRUMENTAL EM AÇO INOX, CABO P/ESPELHO CLINICO Nº 05	GOLGRAN	3,790	0,00	0,00	121,28				
014	7	PC	D	PAPEL P/ CHECAR ARTICULAÇÃO (CARBONO): INDICADO P/REGISTRO DASÁREAS DE CONTATO ENTRE DENTES ANTOGONISTAS(OCCLUSÃO),POSSUEM DUPLA FACE DE USO.	MAQUIRA	2,340	0,00	0,00	16,38				
015	195	PC	D	ROLO DE ALGODÃO DENTAL Nº 01 NÃO ESTÉRIL ISENTO DE AMIDO E CLOROPESO LÍQUIDO 25 GRAMAS. EMBALAGEM CONTENDO 100 UNIDADES (ROLOS)	SOFT PLUS	1,950	0,00	0,00	380,25				
016	5	RL	D	ROLO DE FITA MATRIZ FEITA EM AÇO INOX, ARMAZENADA EM RECIPIENTE PLÁSTICO MEDINDO: ESPESSURA 0,05MM / LARGURA: 7MM / COMPRIMENTO: 500MM	MAQUIRA	1,800	0,00	0,00	9,00				
017	6	RL	D	ROLO DE FITA MATRIZ FEITA EM AÇO INOX, ARMAZENADA EM RECIPIENTE PLÁSTICO MEDINDO: 0,05MM ESPESSURA / LARGURA 5MM / COMPRIMENTO 500MM	MAQUIRA	1,800	0,00	0,00	10,80				
018	20	UN	D	ESCOVA P/ PROFILAXIA DENTÁRIAV(ROBINSON) P/BAIXA ROTAÇÃO(CONTRA ÂNGULO) COM HASTE DE METAL E CERDAS EM FORMATO CILÍNDRICO.	PREVEN	1,730	0,00	0,00	34,60				
019	350	TB	D	TUBO (PASTA) DE CREME DENTAL COM FLÚOR E CÁLCIO, EMBALAGEM C/90 GRAMAS. VALIDADE MÍNIMA DE 15 MESES A PARTIR DA DATA DA ENTREGA. EMBALAGEM DE 90 GRAMAS COM CAIXA DE PAPEL.	FREEDENT	1,550	0,00	0,00	542,50				
020	20	UN	D	CONE DE BORRACHA COM HASTE EM AÇO INOX, UTILIZADO EM CANETA DE BAIXA	PREVEN	1,250	0,00	0,00	25,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
13.941,71		0,00		0,00		0,00						13.941,71	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS,OS QUAIS SERÃO UTILIZADOS NOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.
--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**


<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 27/04/2017	INICIAL OU SALDO: 77.536,37	EMPENHADO: 13.941,71	SALDO DISPONÍVEL: 63.594,66	Kely Agreli Borges Gonçalves	

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resp. liquidação: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.	Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Responsável	Responsável
Nome do responsável:	Nome do responsável:
Documento de identidade:	Documento de identidade:
Dados bancários - Banco: Agência: Conta:	Dados bancários - Banco: Agência: Conta:

BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA:
				Patrícia Ferreira Leite Silva

		<b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b> Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47				<b>NOTA DE EMPENHO</b>  <b>0002102</b>	
DATA EMPENHC 27/04/2017	TIPO Estimado	MODALIDADE Pregão 29/2017	Nº AF/CI 0019105	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.301.2055.01.2.055.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA 178/0	
OBJETO DA DESPESA Aquisição Mat.Odontológico			Nº CONTRATO: 084	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 15 dias após apres. NF		<b>EXERCÍCIO: 2017</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 148 Transferências de Recursos do SUS para Atenção Básica			
ORGÃO: 02 EXECUTIVO ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe UNIDADE: 09 Secretaria Municipal de Saúde SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde				SUBFUNÇÃO: 301 Atenção Básica PROGRAMA: 2055 Manutenção das Atividades do Atendimento Odontológico PROJ/ATIV: 2.055 Manutenção do Atendimento Odontológico ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo SUBELEMENTO 3.3.90.30.10.00 Material Odontológico			

Página 3 de 3

RAZÃO SOCIAL: <b>Cirúrgica Vitória Comércio de Medicamentos - Eireli</b>			CÓDIGO: <b>001188</b>	CNPJ/CPF: <b>07.700.245/0001-70</b>	
ENDEREÇO: Rua. Brasil, nº 249			BAIRRO: Vila Santa Isabel		CEP: 15.890-000
CIDADE: Uchoa		UF: SP	TELEFONE: (17) 3826-9797	FAX: (17) 3826-9797	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 703058901111
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.					
Ordenador: _____			Assinatura: _____		

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
021	10	UN	D	ROTAÇÃO (CONTRA ÂNGULO), INDICADO PARA PROFILAXIA DENTAL	PREVEN	1,250	0,00	0,00	12,50				
022	4.280	UN	D	TAÇA DE BORRACHA PARA PROFILAXIA	NOSLIG	0,720	0,00	0,00	3.081,60				
023	3.000	UN	D	ESCOVA DENTAL INFANTIL COM CERDAS MACIAS COM PROTEÇÃO DAS CERDAS TAMANHO MÉDIO, EM SAQUINHOS PLÁSTICOS	NOSLIG	0,610	0,00	0,00	1.830,00				
				ESCOVA DENTAL INFANTIL COM CERDAS MACIAS, CABEÇA TAMANHO PEQUENO EM SAQUINHO PLÁSTICA									
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
13.941,71		0,00		0,00		0,00						13.941,71	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS, OS QUAIS SERÃO UTILIZADOS NOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.
---

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 27/04/2017	INICIAL OU SALDO: 77.536,37	EMPENHADO: 13.941,71	SALDO DISPONÍVEL: 63.594,66	Kely Agreli Borges Gonçalves	
A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou execução do serviço.					
Data: ___/___/___			Resp. liquidação: _____		
Data: ___/___/___			Assinatura: _____		
Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.			Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.		
Data: ___/___/___			Responsável: _____		
Nome do responsável:			Documento de identidade:		
Dados bancários - Banco: Agência: Conta:					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva	