

		<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>0002272</b>	
DATA EMPENHC	TIPO	MODALIDADE	Nº AF/CI	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Nº DA FICHA		
05/05/2017	Global	Pregão 52/2017	0019183	02.01.09.00.10.303.2056.02.2.274.3.3.90.30.00.00	191/0		
OBJETO DA DESPESA Aquisição Mat.Hospitalares			Nº CONTRATO: 127	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: 303 Suporte Profilático e Terapêutico PROGRAMA: 2056 Manutenção das Atividades do Atendimento Médico PROJ/ATIV: 2.274 Manutenção das Ativ. do Atendimento Médico ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo SUBELEMENTO 3.3.90.30.35.00 Material Hospitalar				

Página 1 de 2

<b>RAZÃO SOCIAL:</b> <b>CUNHA &amp; SAVAZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA M</b>				<b>CÓDIGO:</b> 112652	<b>CNPJ/CPF:</b> 25.099.579/0001-12
<b>ENDEREÇO:</b> AVENIDA: 13 Nº 445			<b>BAIRRO:</b> CENTRO	<b>CEP:</b> 38.240-000	
<b>CIDADE:</b> ITAPAGIPE	<b>UF:</b> MG	<b>TELEFONE:</b> 3424-3802	<b>FAX:</b>	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL:</b>	

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	50	CX	D	FITA TESTE DIABETE ACCU-CHEK PERFORMA C/ 50 UNIDS	ROCHE	97,000	0,00	0,00	4.850,00				
002	20	UN	D	ALGINATO PARA CURATIVO DE ULCERA VARICOSA(ALGINATO DE CALCIO 10 X 10	VITAMEDICA	35,660	0,00	0,00	713,20				
003	50	FR	D	PROTETOR SOLAR FPS 50	REDAPPLE	26,300	0,00	0,00	1.315,00				
004	550	CX	D	LUVAS DE PROCEDIMENTO MÉDIO CX C/ 50 PARES	LEMGRUBER	21,800	0,00	0,00	11.990,00				
005	50	UN	D	IODOPOLIVIDONA DEGERMANTE 1L	VIC PHARMA	21,200	0,00	0,00	1.060,00				
006	400	CX	D	LUVAS DE PROCEDIMENTO GRANDE CX C/ 50 PARES	LEMGRUBER	20,900	0,00	0,00	8.360,00				
007	100	FR	D	POVIDINE TÓPICO 1000 ML	VIC PHARMA	19,900	0,00	0,00	1.990,00				
008	10	UN	D	KIT O2 INFANTIL COMPLETO COM MÁSCARA PARA INALAÇÃO	LABOR	17,500	0,00	0,00	175,00				
009	15	UN	D	KIT O2 ADULTO COMPLETO COM MÁSCARA PARA INALAÇÃO	DARU	17,500	0,00	0,00	262,50				
010	10	UN	D	COPO UMIDIFICADOR	DARU	14,800	0,00	0,00	148,00				
011	125	RL	D	ALGODÃO HIDRÓFILO EMB. 500 GR	NATHALYA	11,200	0,00	0,00	1.400,00				
012	75	RL	D	ESPARADRAPO 10 CMX4,5 MIMPERMEÁVEL ,NA COR BRANCA	MISSNER	8,200	0,00	0,00	615,00				
013	500	FR	D	ÓLEO DE GIRASSOL 100 ML	FARMAX	8,200	0,00	0,00	4.100,00				
014	30	UN	D	BATERIA DE DEXTRO CR2032-3V	LITHIUM	7,800	0,00	0,00	234,00				
015	200	LT	D	ALCOOL 70% 1000 ML	CINORD	6,200	0,00	0,00	1.240,00				
016	350	UN	D	COLETOR DE MATERIAL PERFURO CORTANTE 13L	SAFEPACK	5,150	0,00	0,00	1.802,50				
017	250	RL	D	FITA ADESIVA BRANCA 16MM X 50M	EUROCEL	4,950	0,00	0,00	1.237,50				
018	1.000	UN	D	MICROPORE BRANCO 2,5 X 10	MISSNER	4,000	0,00	0,00	4.000,00				
<b>VALOR DOS PRODUTOS:</b> 52.467,70		<b>DESCONTOS:</b> 0,00		<b>IMPOSTOS:</b> 0,00		<b>FRETE:</b> 0,00		<b>GUIA ORÇAMENTÁRIA:</b>		<b>GUIA EXTRA:</b>		<b>TOTAL GERAL:</b> 52.467,70	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES, OS QUAIS DEVERÃO SER USADOS NOS ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS E DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PRONTO ATENDIMENTO, DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				<b>Contadora:</b>	
<b>DATA CONTABILIZAÇÃO:</b> 05/05/2017	<b>INICIAL OU SALDO:</b> 343.922,63	<b>EMPENHADO:</b> 52.467,70	<b>SALDO DISPONÍVEL:</b> 291.454,93	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.  Data: ___/___/___ _____ Responsável	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:
--	---

<b>BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>	<b>Nº CONTA:</b>	<b>Nº CHEQUE:</b>	<b>TESOUREIRA:</b> 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>0002272</b>	
DATA EMPENHC <b>05/05/2017</b>	TIPO Global	MODALIDADE Pregão 52/2017	Nº AF/CI 0019183	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.303.2056.02.2.274.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA <b>191/0</b>	
OBJETO DA DESPESA Aquisição Mat.Hospitalares			Nº CONTRATO: 127	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: 303 Suporte Profilático e Terapêutico PROGRAMA: 2056 Manutenção das Atividades do Atendimento Médico PROJ/ATIV: 2.274 Manutenção das Ativ. do Atendimento Médico ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo SUBELEMENTO 3.3.90.30.35.00 Material Hospitalar			

Página 2 de 2

<b>RAZÃO SOCIAL:</b> <b>CUNHA &amp; SAVAZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA M</b>		<b>CÓDIGO:</b> 112652	<b>CNPJ/CPF:</b> 25.099.579/0001-12
<b>ENDEREÇO:</b> AVENIDA: 13 Nº 445		<b>BAIRRO:</b> CENTRO	<b>CEP:</b> 38.240-000
<b>CIDADE:</b> ITAPAGIPE	<b>UF:</b> MG	<b>TELEFONE:</b> 3424-3802	<b>FAX:</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL:
Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.			
<b>Ordenador:</b>		<b>Assinatura:</b> _____	

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL
019	50	UN	D	ESPÉCULO GINECOLÓGICO DESCARTÁVEL PP	KOLPLAST	1,830	0,00	0,00	91,50
020	2.000	PR	D	LUVAS ESTERILIZADAS Nº 7.5	MAXITEX	1,750	0,00	0,00	3.500,00
021	600	PR	D	LUVAS ESTERILIZADAS Nº 7.0	MAXITEX	1,750	0,00	0,00	1.050,00
022	250	UN	D	LUVAS ESTERILIZADAS Nº 6,0	MAXITEX	1,730	0,00	0,00	432,50
023	50	UN	D	ESPÉCULO DESCARTÁVEL PARA O OTOSCÓPIO MINI-300	ALLSPEC	1,220	0,00	0,00	61,00
024	2.000	UN	D	ESCOVA GINECOLOGICA INDIVIDUAL	KOLPLAST	0,270	0,00	0,00	540,00
025	4.000	UN	D	ENVELOPE SELANTE 90X260MM	HARBO	0,240	0,00	0,00	960,00
026	2.000	UN	D	ESPÁTULA GINECOLÓGICA INDIVIDUAL	THEOTO	0,170	0,00	0,00	340,00
<b>VALOR DOS PRODUTOS:</b>		<b>DESCONTOS:</b>	<b>IMPOSTOS:</b>	<b>FRETE:</b>	<b>GUIA ORÇAMENTÁRIA:</b>	<b>GUIA EXTRA:</b>	<b>TOTAL GERAL:</b>		
52.467,70		0,00	0,00	0,00			52.467,70		

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES, OS QUAIS DEVERÃO SER USADOS NOS ATENDIMENTOS DOS USUÁRIOS E DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PRONTO ATENDIMENTO, DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				<b>Contadora:</b>	
<b>DATA CONTABILIZAÇÃO:</b> 05/05/2017	<b>INICIAL OU SALDO:</b> 343.922,63	<b>EMPENHADO:</b> 52.467,70	<b>SALDO DISPONÍVEL:</b> 291.454,93	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.					
<b>Data:</b> ___/___/___ <b>Resp. liquidação:</b>			<b>Assinatura:</b> _____		
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.		
<b>Data:</b> ___/___/___ <b>Responsável</b>			<b>Data:</b> ___/___/___ <b>Responsável</b>		
Nome do responsável:			Documento de identidade:		
Dados bancários - Banco: Agência: Conta:			Dados bancários - Banco: Agência: Conta:		
<b>BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>	<b>Nº CONTA:</b>	<b>Nº CHEQUE:</b>	<b>TESOUREIRA:</b> Patrícia Ferreira Leite Silva	