

		<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>0000929</b>	
DATA EMPENHC	TIPO	MODALIDADE	Nº AF/CI	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Nº DA FICHA		
31/01/2019	Global	Adesão a Registro de Preços 0/	0024703	02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00	275/0		
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		Nº CONTRATO: Adesão RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO CONTRA APRESENTAÇÃO		<b>EXERCÍCIO: 2019</b>		
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>			FONTE: 151 Transf. de Recursos do SUS para Assistência Farmacêutica				
ORGÃO: 02 EXECUTIVO	ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe		SUBFUNÇÃO: 303		Suporte Profilático e Terapêutico		
UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	SUBUNIDADE:		PROGRAMA: 0499		ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTR/		
FUNÇÃO: 10 Saúde			PROJ/ATIV: 6.032		FARMÁCIA DE TODOS - SAÚDE		
			ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00		Material de Consumo		
			SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00		Outros Materiais de Consumo		

Página 1 de 1

<b>CREDOR</b>		<b>Página 1 de 1</b>	
RAZÃO SOCIAL: <b>SOLUMED DIST. DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAUDE LTDA</b>			CÓDIGO: <b>112928</b>
ENDEREÇO: AV. JOÃO PINHEIRO, 645º			CNPJ/CPF: <b>11.896.538/0001-42</b>
CIDADE: POÇOS DE CALDAS		UF: MG	TELEFONE:
BAIRRO: BORTOLAN		CEP: 37.704-720	
FAX:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
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	UN	D	DOBUTAMINA CLORIDRATO 12,5 MG/ML SOL. INJ		3,700	0,00	0,00	185,00				
002	300	UN	D	PROMETAZINA CLORIDATO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL(VIA INTRAMUSCULAR)		1,680	0,00	0,00	504,00				
003	1.200	UN	D	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL		0,490	0,00	0,00	588,00				
004	15.000	CT	D	FENITOÍNA SÓDICA 100MG COMP		0,170	0,00	0,00	2.550,00				
005	15.000	CT	D	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG COMPRIMIDO		0,100	0,00	0,00	1.500,00				
006	5.000	CP	D	CARBAMAZEPINA 200 MG COMP.		0,080	0,00	0,00	400,00				
007	25.000	CP	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 50Mcg		0,060	0,00	0,00	1.500,00				
008	5.000	CX	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MG COMP		0,050	0,00	0,00	250,00				
009	30.000	CT	D	ACIDO ACETILSALILICO 100 MG COMPRIMIDO		0,030	0,00	0,00	900,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
8.377,00		0,00		0,00		0,00						<b>8.377,00</b>	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

A AQUISIÇÃO E MEDICAMENTOS - PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS, CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO ATA 199/2018, DECRETO MUNICIPAL 592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRA AEC- 017625/2019.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Lais Dias

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO:	INICIAL OU SALDO:	EMPENHADO:	SALDO DISPONÍVEL:	Kely Agreli Borges Gonçalves	
31/01/2019	223.971,75	8.377,00	215.594,75		
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	