

		<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>0008298</b>	
DATA EMPENHC <b>04/11/2019</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 0/	Nº AF/CI 0028197	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA <b>275/0</b>	
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS			Nº CONTRATO: ADESÃO RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO CONTRA APRESENTAÇÃO		<b>EXERCÍCIO: 2019</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 251 Transf. Recursos do SUS para Assistência Farmacêutica			
ORGÃO: 02 EXECUTIVO ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde				SUBFUNÇÃO: 303 Suporte Profilático e Terapêutico PROGRAMA: 0499 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTR/ 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>PRATI, DONADUZZI &amp; CIA LTDA</b>			CÓDIGO: <b>112917</b>	CNPJ/CPF: <b>73.856.593/0010-57</b>
ENDEREÇO: RUA CHOPIN ( MZNINO 1, SALA 1 ) , 33			BAIRRO: CHÁCARAS REUNIDAS	CEP: 32.183-150
CIDADE: CONTAGEM	UF: MG	TELEFONE: (45) 21031106	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	40	CT	D	CABERGOLINA 0,5 MG COMPRIMIDO		3,49	0,00	0,00	139,60				
002	50	FR	D	LORATADINA 1 MG/ML XAROPE		2,59	0,00	0,00	129,50				
003	500	CX	D	DEXAMETASONA 1 MG/G (0.1%) CREME DERMATOLOGICO		1,23	0,00	0,00	615,00				
004	900	CP	D	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG CP		0,21	0,00	0,00	189,00				
005	8.400	CT	D	AMOXILINA 500MG CAPSULA		0,13	0,00	0,00	1.092,00				
006	10.000	CT	D	DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO		0,09	0,00	0,00	900,00				
007	1.200	CP	D	METFORMINA CLORIDRATO 500 MG CP		0,09	0,00	0,00	108,00				
008	5.000	CT	D	METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO		0,07	0,00	0,00	350,00				
009	48.000	CP	D	LOSARTANA POTASSICA 50MG		0,06	0,00	0,00	2.880,00				
010	6.000	CP	D	SULFATO FERROSO 122,97 MG(40MG DE FERRO ELEMANTAR COMPRIMIDO)		0,04	0,00	0,00	240,00				
011	24.000	CP	D	ATENOLOL 50MG COMPR		0,04	0,00	0,00	960,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
7.603,10		0,00		0,00		0,00						<b>7.603,10</b>	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

A AQUISIÇÃO E MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS, CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO ATA 197/2019, DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRA AEC-27249/2019.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 04/11/2019	INICIAL OU SALDO: 116.271,66	EMPENHADO: 7.603,10	SALDO DISPONÍVEL: 108.668,56	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: ___/___/___			Responsável		
Nome do responsável:			Documento de identidade:		
Dados bancários - Banco: Agência: Conta:					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva	