

		Prefeitura Municipal de Itapagipe Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47				NOTA DE EMPENHO 0008292	
DATA EMPENHC 04/11/2019	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 0/	Nº AF/CI 0028191	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA 275/0	
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS			Nº CONTRATO: ADESÃO RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO CONTRA APRESENTAÇÃO		EXERCÍCIO: 2019	
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				FONTE: 151 Transf. de 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

RAZÃO SOCIAL: BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				CÓDIGO: 112914	CNPJ/CPF: 18.269.125/0001-87
ENDEREÇO: AV. PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 326			BAIRRO: CASTELO	CEP: 31.330-430	
CIDADE: BELO HORIZONTE		UF: MG	TELEFONE: (31) 25360333	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	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		9,77	0,00	0,00	488,50				
002	50	UN	D	BETAMETASONA ACETATO + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 3+3 MG/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)		6,83	0,00	0,00	341,50				
003	20	AM	D	FLUMAZENIL 0,1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL		6,58	0,00	0,00	131,60				
004	159	AM	D	HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/ML INJ		4,56	0,00	0,00	725,04				
005	600	UN	D	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOLUÇÃO ORAL		1,25	0,00	0,00	750,00				
006	2.400	CP	D	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100+25 MG COMPRIMIDO		0,94	0,00	0,00	2.256,00				
007	4.000	CP	D	HIDRALAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO		0,27	0,00	0,00	1.080,00				
008	900	CP	D	VARFARINA SÓDICA 5 MG COMPRIMIDO		0,14	0,00	0,00	126,00				
009	6.000	CP	D	ESPIRONOLACTONA 25 MG		0,14	0,00	0,00	840,00				
010	30.000	CP	D	CARVEDILOL 12,5 MG COMPRIMIDO		0,12	0,00	0,00	3.600,00				
011	9.000	CP	D	CARVEDILOL 3,125 MG		0,09	0,00	0,00	810,00				
012	2.400	CX	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MG COMP		0,06	0,00	0,00	144,00				
013	2.000	CT	D	ACIDO FOLICO(VITAMINA B9)MG COMPRIMIDO		0,04	0,00	0,00	80,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
11.372,64		0,00		0,00		0,00						11.372,64	

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

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora: Kely Agreli Borges Gonçalves	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 04/11/2019	INICIAL OU SALDO: 120.105,30	EMPENHADO: 11.372,64	SALDO DISPONÍVEL: 108.732,66		
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	