

		<b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b>				<b>NOTA DE EMPENHO</b>	
		Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47				<b>0008296</b>	
DATA EMPENHC	TIPO	MODALIDADE	Nº AF/CI	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Nº DA FICHA		
04/11/2019	Global	Adesão a Registro de Preços 0/	0028195	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: 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>RAZÃO SOCIAL:</b> MULTIFARMA COMERCIAL LTDA			<b>CÓDIGO:</b> 112915	<b>CNPJ/CPF:</b> 21.681.325/0001-57
<b>ENDEREÇO:</b> RUA 03, 283			<b>BAIRRO:</b> PARQUE NORTE	<b>CEP:</b> 33.200-000
<b>CIDADE:</b> VESPASIANO	<b>UF:</b> MG	<b>TELEFONE:</b> (31)25228170	<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.				
<b>Ordenador:</b>			<b>Assinatura:</b> _____	

**ESPECIFICAÇÃO DOS MATERIAIS OU SERVIÇOS**

ITEM	QTDE	UN	D/R	DESCRIÇÃO	MARCA	VALOR UNITÁRIO	% DESC	% IMP.	VALOR TOTAL				
001	50	UN	D	PREDNISOLONA FOSFATO SODICO 3 MG/ML SOLUÇÃO ORAL		2,95	0,00	0,00	147,50				
002	200	AM	D	EPINEFRINA HEMITARTARATO 1MG/ML SOL INJ		1,80	0,00	0,00	360,00				
003	500	UN	D	PROMETAZINA CLORIDATO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL(VIA INTRAMUSCULAR)		1,75	0,00	0,00	875,00				
004	200	FR	D	CLONAZEPAM 2,5MG/ML		1,65	0,00	0,00	330,00				
005	50	AM	D	CLORPROMAZINA 5 MG INJETÁVEL		1,03	0,00	0,00	51,50				
006	3.000	CX	D	PREDNISOLONA 20 MG COMP		0,15	0,00	0,00	450,00				
007	5.000	CP	D	SINVASTATINA 40MG		0,10	0,00	0,00	500,00				
008	33.600	CP	D	OMEPRAZOL 20 MG		0,07	0,00	0,00	2.352,00				
009	3.000	CP	D	PREDNISONA 5 MG		0,06	0,00	0,00	180,00				
010	18.000	CP	D	Nifedipino 10 MG Comprimido		0,04	0,00	0,00	720,00				
011	10.000	UN	D	FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO		0,03	0,00	0,00	300,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
6.266,00		0,00		0,00		0,00						<b>6.266,00</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-27249/2017.

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				<b>Contadora:</b>	
DATA CONTABILIZAÇÃO:	INICIAL OU SALDO:	EMPENHADO:	SALDO DISPONÍVEL:	Kely Agreli Borges Gonçalves	
04/11/2019	114.697,36	6.266,00	108.431,36		
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: 001 Agência: 3392 Conta: 01/62178 1					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA:	
				Patrícia Ferreira Leite Silva	