

		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 0005313	
DATA EMPENHC 05/08/2020	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 41	Nº AF/CI 0031335	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA 284/0	
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		Nº CONTRATO: ADESÃO RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO CONTRA APRESENTAÇÃO		EXERCÍCIO: 2020		
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				FONTE: 159 Transf. Recursos do SUS – Bloco Custeio ASPS			
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

CREDOR

RAZÃO SOCIAL: PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA		CÓDIGO: 112917	CNPJ/CPF: 73.856.593/0010-57	
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	150	UN	D	AMOXILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL		3,18	0,00	0,00	477,00				
002	50	FR	D	LORATADINA 1 MG/ML XAROPE		2,59	0,00	0,00	129,50				
003	200	CX	D	ALBENDAZOL 400 MG COMP		0,40	0,00	0,00	80,00				
004	5.000	CP	D	IBUPROFENO 600 MG CP		0,21	0,00	0,00	1.050,00				
005	1.200	CP	D	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG CP		0,20	0,00	0,00	240,00				
006	1.000	CP	D	ALOPURINOL 300 MG		0,20	0,00	0,00	200,00				
007	600	CP	D	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 400+80 MG+MG COMPRIMIDO		0,11	0,00	0,00	66,00				
008	10.000	CT	D	DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO		0,09	0,00	0,00	900,00				
009	13.200	UN	D	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO		0,09	0,00	0,00	1.188,00				
010	1.800	CP	D	ALOPURINOL 100MG		0,09	0,00	0,00	162,00				
011	25.000	UN	D	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO		0,07	0,00	0,00	1.750,00				
012	28.800	CP	D	LOSARTANA POTASSICA 50MG		0,06	0,00	0,00	1.728,00				
013	30.000	CP	D	ATENOLOL 50MG COMPR		0,05	0,00	0,00	1.500,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
9.470,50		0,00		0,00		0,00						9.470,50	

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS,CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO ATA 197/2019,DECRETO MUNICIPAL 592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRA-AEC-035721/2020.
--

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 05/08/2020	INICIAL OU SALDO: 169.366,94	EMPENHADO: 9.470,50	SALDO DISPONÍVEL: 159.896,44	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: 001 Agência: 3306 Conta: 99805-2

BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva
--------	----------	-----------	------------	--