

|   |   |  |  |  |   |  |
|---|---|--|--|--|---|--|
|  |   | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 |  |  | <b>NOTA DE EMPENHO</b><br><br><b>0009055</b>            |  |
| DATA EMPENHC<br><b>17/12/2020</b>   | TIPO<br>Global                              | MODALIDADE<br>Adesão a Registro de Preços 79   | Nº AF/CI<br>0033245  | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00 | Nº DA FICHA<br><b>284/0</b>                             |  |
| OBJETO DA DESPESA<br>MEDICAMENTOS   |   |  | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>CONTRA APRESENTAÇÃO                     |  | <b>EXERCÍCIO: 2020</b>                                  |  |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA  |   |  | FONTE: 155 Transferências de Recursos do Fundo Estadual de Saúde |  |   |  |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO   | ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe |  | SUBFUNÇÃO: 303 Suporte Profilático e Terapêutico                 |  | PROGRAMA: 0499 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS EXTRA |  |
| UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE                                       | SUBUNIDADE:                                 |  | PROJ/ATIV: 6.032 FARMÁCIA DE TODOS - SAÚDE                       |  | ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 Material de Consumo           |  |
| FUNÇÃO: 10 Saúde  |   |  | SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00                                      |  | Outros Materiais de Consumo                             |  |

**CREDOR**

Página 1 de 1

|   |                  |                                   |                                     |                                 |  |  |
|---|------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|--|
| RAZÃO SOCIAL:<br><b>PRATI, DONADUZZI &amp; CIA LTDA</b> |                  |                                   | CÓDIGO:<br>112917                   | CNPJ/CPF:<br>73.856.593/0010-57 |  |  |
| ENDEREÇO:<br><b>RUA CHOPIN ( MZNINO 1, SALA 1 ), 33</b> |                  |                                   | BAIRRO:<br><b>CHÁCARAS REUNIDAS</b> | CEP:<br>32.183-150              |  |  |
| CIDADE:<br><b>CONTAGEM</b>                              | UF:<br><b>MG</b> | TELEFONE:<br><b>(45) 21031106</b> | FAX:                                | INSCRIÇÃO ESTADUAL:             |  |  |

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Ordenador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS, CONFORME A ATA DE REGISTRO DE PREÇO ATA Nº231.2/2020.DECRETO MUNICIPAL 592 DE 11/07/20017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRA-EAC-03231/2020.

|                                  |                    |                   |                |                    |             |                                  |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------|----------------------------------|
| VALOR DOS PRODUTOS:<br>18.084,00 | DESCONTOS:<br>0,00 | IMPOSTOS:<br>0,00 | FRETE:<br>0,00 | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | <b>TOTAL GERAL:</b><br>18.084,00 |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------|----------------------------------|

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

|  |                                |                         |                           |                              |  |
|--|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--|
| <b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b> |                                |                         |                           | Contadora:                   |  |
| DATA CONTABILIZAÇÃO:<br>17/12/2020               | INICIAL OU SALDO:<br>18.084,00 | EMPENHADO:<br>18.084,00 | SALDO DISPONÍVEL:<br>0,00 | 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: \_\_\_\_\_

|  |   |           |            |  |  |
|--|---|-----------|------------|--|--|
| <p>Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.</p> <p>Data: ___/___/___ _____<br/>Responsável</p> | <p>Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à Prefeitura Municipal de Itapagipe.</p> <p>Data: ___/___/___ _____<br/>Responsável</p> <p>Nome do responsável:<br/>RG / CPF:<br/>Dados bancários - Banco: 001 Agência: 3306 Conta: 99805-2</p> |           |            |  |  |
| BANCO:   | AGÊNCIA:  | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRA:<br>Patrícia Ferreira Leite Silva |  |