

		<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>0004767</b>	
DATA EMPENHC <b>07/07/2021</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 25	Nº AF/CI 0035448	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA <b>262/0</b>	
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		Nº CONTRATO: ADESÃO RP 3844	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL		<b>EXERCÍCIO: 2021</b>		
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 159 Transf. Recursos do SUS – Bloco Manut ASPs			
ORGÃO: 02 EXECUTIVO		SUBFUNÇÃO: 303		Suporte Profilático e Terapêutico			
ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe		PROGRAMA: 0499		ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTR.			
UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		PROJ/ATIV: 6.032		FARMÁCIA DE TODOS - SAÚDE			
SUBUNIDADE:		ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00		Material de Consumo			
FUNÇÃO: 10 Saúde		SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00		Outros Materiais de Consumo			

Página 1 de 1

<b>RAZÃO SOCIAL:</b> <b>PRATI, DONADUZZI &amp; CIA LTDA</b>		<b>CÓDIGO:</b> 112917	<b>CNPJ/CPF:</b> 73.856.593/0010-57
<b>ENDEREÇO:</b> RUA CHOPIN ( MZNINO 1, SALA 1 ), 33		<b>BAIRRO:</b> CHÁCARAS REUNIDAS	<b>CEP:</b> 32.183-150
<b>CIDADE:</b> CONTAGEM	<b>UF:</b> MG	<b>TELEFONE:</b> (45) 21031106	<b>FAX:</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL:
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	200	CP	D	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		8,4375	0,00	0,00	1.687,50				
002	150	FR	D	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO 1 MG SOLUÇÃO ORAL		6,8400	0,00	0,00	1.026,00				
003	50	VD	D	NISTATINA 100000 UI/ML SUSP. ORAL		4,5250	0,00	0,00	226,25				
004	100	CP	D	MICONAZOL NITRATO 20 MG/G CREME VAGINAL		4,1375	0,00	0,00	413,75				
005	100	UN	D	AMOXILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL		2,1575	0,00	0,00	215,75				
006	100	CT	D	MICONAZOL NITRATO 20MG/G CREME		1,5250	0,00	0,00	152,50				
007	600	FR	D	ALBENDAL 400 MG ML		1,0025	0,00	0,00	601,50				
008	400	CX	D	DEXAMETASONA 1 MG/G (0,1%) CREME DERMATOLOGICO		0,9875	0,00	0,00	395,00				
009	3.000	CP	D	ALOPURINOL 300 MG		0,2375	0,00	0,00	712,50				
010	5.000	CP	D	IBUPROFENO 600 MG CP		0,2125	0,00	0,00	1.062,50				
011	3.360	CT	D	AMOXILINA 500MG CAPSULA		0,1675	0,00	0,00	562,80				
012	1.200	CP	D	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 400+80 MG+MG COMPRIMIDO		0,1425	0,00	0,00	171,00				
013	1.800	CP	D	ALOPURINOL 100MG		0,1075	0,00	0,00	193,50				
014	8.000	CP	D	METFORMINA CLORIDRATO 500 MG CP		0,0950	0,00	0,00	760,00				
015	120.000	CP	D	LOSARTANA POTASSICA 50MG		0,0846	0,00	0,00	10.152,00				
016	60.000	CP	D	ATENOLOL 50MG COMPR		0,0775	0,00	0,00	4.650,00				
<b>VALOR DOS PRODUTOS:</b> 22.982,55		<b>DESCONTOS:</b> 0,00		<b>IMPOSTOS:</b> 0,00		<b>FRETE:</b> 0,00		<b>GUIA ORÇAMENTÁRIA:</b>		<b>GUIA EXTRA:</b>		<b>TOTAL GERAL:</b> 22.982,55	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS, CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO ATA 231.2/2020, DECRETO MUNICIPAL 592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRA-AEC-048443/2021.
--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				<b>Contadora:</b>	
<b>DATA CONTABILIZAÇÃO:</b> 07/07/2021	<b>INICIAL OU SALDO:</b> 53.153,97	<b>EMPENHADO:</b> 22.982,55	<b>SALDO DISPONÍVEL:</b> 30.171,42	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.					
<b>Data:</b> ___/___/___		<b>Resp. liquidação:</b>		<b>Assinatura:</b> _____	
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.		
<b>Data:</b> ___/___/___			Responsável		
Nome do responsável:			Documento de identidade:		
Dados bancários - Banco: 001 Agência: 3306 Conta: 99805-2					
<b>BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>	<b>Nº CONTA:</b>	<b>Nº CHEQUE:</b>	<b>TESOUREIRO:</b> Vaine Alves Rodrigues	