

		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 0006946	
DATA EMPENHC 17/09/2021	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 47	Nº AF/CI 0036521	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.303.0499.01.6.032.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA 262/0	
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS			Nº CONTRATO: ADESÃO RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL		EXERCÍCIO: 2021	
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				FONTE: 102 Rec. de Impostos e de Transf de Impostos Vinc. Saúde. 15%			
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	50	VD	D	NISTATINA 100000 UI/ML SUSP. ORAL		4,5250	0,00	0,00	226,25				
002	100	CT	D	MICONAZOL NITRATO 20MG/G CREME		1,5250	0,00	0,00	152,50				
003	100	FR	D	ACICLOVIR SODICO 50 MG/G(5%) CREME		1,5100	0,00	0,00	151,00				
004	600	FR	D	ALBENDAZOL 40 MG/ML ORAL		1,0025	0,00	0,00	601,50				
005	200	CX	D	DEXAMETASONA 1 MG/G (0,1%) CREME DERMATOLOGICO		0,9875	0,00	0,00	197,50				
006	600	CT	D	ALBENDAZOL 400MG COMP MASTIGAVEL		0,3350	0,00	0,00	201,00				
007	2.500	CP	D	ALOPURINOL 300 MG		0,2375	0,00	0,00	593,75				
008	5.000	CP	D	IBUPROFENO 600 MG CP		0,2125	0,00	0,00	1.062,50				
009	1.680	CT	D	AMOXILINA 500MG CAPSULA		0,1675	0,00	0,00	281,40				
010	450	CT	D	ACICLOVIR SÓDICO 200 MG COMPRIMIDO		0,1550	0,00	0,00	69,75				
011	600	CP	D	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 400+80 MG+MG COMPRIMIDO		0,1425	0,00	0,00	85,50				
012	1.800	CP	D	ALOPURINOL 100MG		0,1075	0,00	0,00	193,50				
013	20.000	CP	D	METFORMINA CLORIDRATO 500 MG CP		0,0950	0,00	0,00	1.900,00				
014	15.000	CP	D	ATENOLOL 50MG COMPR		0,0775	0,00	0,00	1.162,50				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
6.878,65		0,00		0,00		0,00						6.878,65	

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS, CONFORME A ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 231.2/2020 DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS-AEC-051640/2021.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 17/09/2021	INICIAL OU SALDO: 31.491,47	EMPENHADO: 6.878,65	SALDO DISPONÍVEL: 24.612,82	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:	TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues
--------	----------	-----------	------------	--------------------------------------