

		<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>0000800</b>	
DATA EMPENHC	TIPO	MODALIDADE	Nº AF/CI	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Nº DA FICHA		
31/01/2022	Global	Adesão a Registro de Preços 4/	0039066	02.01.11.00.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00	232/0		
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		Nº CONTRATO: ADESÃO RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL	AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: 2022		
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE: 102 Rec. de Impostos e de Transf de Impostos Vinc. Saúde. 15%			
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO		SUBFUNÇÃO: 303		Suporte Profilático e Terapêutico			
ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAGIPE		PROGRAMA: 0009		SAUDE HUMANIZADA PARA TODOS			
UNIDADE: 11 FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		PROJ/ATIV: 2.155		MANUTENÇÃO DA ASSISTENCIA FARMACÊUTIC/			
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>CREDOR</b>		<b>Página 1 de 1</b>	
RAZÃO SOCIAL: <b>ACÁCIA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>			CÓDIGO: <b>112944</b>
ENDEREÇO: Avenida Princesa do Sul, 3303			CNPJ/CPF: <b>03.945.035/0001-91</b>
BAIRRO: Jardim Andere		CEP: 37.062-180	
CIDADE: Varginha	UF: MG	TELEFONE:	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	CP	D	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		4,3902	0,00	0,00	658,53				
002	600	FR	D	CLONAZEPAM 2,5MG/ML		1,7045	0,00	0,00	1.022,70				
003	250	CX	D	DEXAMETASONA 1 MG/G (0.1%) CREME DERMATOLOGICO		1,0366	0,00	0,00	259,15				
004	240	FR	D	ALBENDAZOL 40 MG/ML ORAL		0,8512	0,00	0,00	204,29				
005	1.500	UN	D	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL(CLORETO DE SODIO+GLICOSE+CITRATO DE SÓDIO+CLORETO DE POTASSIO)3,5+20,0+2,9+1,5G PÓ PARA PREPARAÇÃO EXTEMPORANEA		0,6829	0,00	0,00	1.024,35				
006	112.000	CP	D	OMEPRAZOL 20 MG		0,0907	0,00	0,00	10.158,40				
007	24.000	CT	D	METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO		0,0619	0,00	0,00	1.485,60				
008	5.000	CP	D	Sinvastatina 10MG Comprimido		0,0528	0,00	0,00	264,00				
009	30.000	UN	D	AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO		0,0511	0,00	0,00	1.533,00				
010	60.000	UN	D	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO		0,0188	0,00	0,00	1.128,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
17.738,02		0,00		0,00		0,00						17.738,02	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

REFERENTE À AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº.199/2021 - DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS- AEC- 55985/2022.
---

**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	
31/01/2022	479.470,75	17.738,02	461.732,73		
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: ___/___/___			Data: ___/___/___		
Responsável			Responsável		
Nome do responsável:			Documento de identidade:		
Dados bancários - Banco: 001 Agência: 32-9 Conta: 15184-X					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO:	
				Vaine Alves Rodrigues	