

		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 0000805	
DATA EMPENHC	TIPO	MODALIDADE	Nº AF/CI	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Nº DA FICHA		
31/01/2022	Global	Adesão a Registro de Preços 7/	0039071	02.01.11.00.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00	232/0		
OBJETO DA DESPESA		Nº CONTRATO:	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: 2022		
MEDICAMENTOS		ADESÃO RP	MENSAL				
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				FONTE: 159 Transf. Recursos do SUS – Bloco Manut ASPs			
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

CREADOR				Página 1 de 1			
RAZÃO SOCIAL:				CÓDIGO:	CNPJ/CPF:		
BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				112914	18.269.125/0001-87		
ENDEREÇO:				BAIRRO:	CEP:		
AV. PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 326				CASTELO	31.330-430		
CIDADE:			UF:	TELEFONE:	FAX:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
BELO HORIZONTE			MG	(31) 25360333			
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	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		8,7195	0,00	0,00	1.307,93				
002	150	UN	D	AMOXICILINA + CALVULANATO DE POTASSIO 50+12,5 MG/ML PO PARA SUSPENSAO ORAL		8,3978	0,00	0,00	1.259,67				
003	120	AM	D	HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/ML INJ		5,4633	0,00	0,00	655,60				
004	30	UN	D	FENOBARBITAL SÓDICO 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL		3,8633	0,00	0,00	115,90				
005	100	AM	D	HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJ		1,2317	0,00	0,00	123,17				
006	9.000	CP	D	Metoprolol Succinato 50mg-comprimido		0,3624	0,00	0,00	3.261,60				
007	800	CP	D	HIDRALAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO		0,2927	0,00	0,00	234,16				
008	3.000	CP	D	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100MG COMP		0,2439	0,00	0,00	731,70				
009	24.000	CT	D	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG COMPRIMIDO		0,1250	0,00	0,00	3.000,00				
010	6.000	CP	D	VARFARINA SÓDICA 5 MG COMPRIMIDO		0,1074	0,00	0,00	644,40				
011	15.000	CP	D	LEVOTIROXINA 25 MCG		0,0500	0,00	0,00	750,00				
012	30.000	CP	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 50Mcg		0,0425	0,00	0,00	1.275,00				
013	15.000	CT	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MC G COMPRIMIDO		0,0390	0,00	0,00	585,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
13.944,13		0,00		0,00		0,00						13.944,13	

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- 055985/2022.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO:	INICIAL OU SALDO:	EMPENHADO:	SALDO DISPONÍVEL:	Kely Agreli Borges Gonçalves	
31/01/2022	133.904,10	13.944,13	119.959,97		
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: 01 Agência: 3392 Conta: 6463-7 01					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO:	
				Vaine Alves Rodrigues	