


| | | | | | | | | | |
|--|--------|--------------------------------|--------------|---|--|-------------|-------------|--|--|
|  | | | | | 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 0000843 | |
| DATA EMPENHC | TIPO | MODALIDADE | Nº AF/CI | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA | | | Nº DA FICHA | | |
| 31/01/2022 | Global | Adesão a Registro de Preços 15 | 0039080 | 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: | | |
| MEDICAMENTOS | | | ADESÃO RP | MENSAL | | | 2022 | | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | | FONTE: 102 Rec. de Impostos e de Transf de Impostos Vinc. Saúde. 15% | | | | | |
| ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAGIPE UNIDADE: 11 FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 10 Saúde | | | | SUBFUNÇÃO: 303 Suporte Profilático e Terapêutico PROGRAMA: 0009 SAÚDE HUMANIZADA PARA TODOS PROJ/ATIV: 2.155 MANUTENÇÃO DA ASSISTENCIA FARMACÊUTIC/ 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: | CNPJ/CPF: |
| | | | | 112917 | 73.856.593/0010-57 |
| ENDEREÇO: | | | BAIRRO: | CEP: | |
| RUA CHOPIN (MZNINO 1, SALA 1), 33 | | | CHÁCARAS REUNIDAS | 32.183-150 | |
| CIDADE: | | UF: | TELEFONE: | FAX: | INSCRIÇÃO ESTADUAL: |
| CONTAGEM | | MG | (45) 21031106 | | |
| 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 | FR | D | PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO 1 MG SOLUÇÃO ORAL | | 6,7000 | 0,00 | 0,00 | 1.005,00 | | | | |
| 002 | 100 | VD | D | NISTATINA 100000 UI/ML SUSP. ORAL | | 4,4000 | 0,00 | 0,00 | 440,00 | | | | |
| 003 | 350 | FR | D | Dexclorfeniramina Maleato 0,4mg/ml solução oral | | 1,3500 | 0,00 | 0,00 | 472,50 | | | | |
| 004 | 300 | CT | D | ALBENDAZOL 400MG COMP MASTIGAVEL | | 0,2825 | 0,00 | 0,00 | 84,75 | | | | |
| 005 | 2.500 | CP | D | ALOPURINOL 300 MG | | 0,2600 | 0,00 | 0,00 | 650,00 | | | | |
| 006 | 3.000 | CP | D | IBUPROFENO 600 MG CP | | 0,1700 | 0,00 | 0,00 | 510,00 | | | | |
| 007 | 900 | CP | D | CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG CP | | 0,1452 | 0,00 | 0,00 | 130,68 | | | | |
| 008 | 1.800 | CP | D | ALOPURINOL 100MG | | 0,1363 | 0,00 | 0,00 | 245,34 | | | | |
| 009 | 15.000 | CT | D | DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO | | 0,1080 | 0,00 | 0,00 | 1.620,00 | | | | |
| 010 | 115.200 | CP | D | LOSARTANA POTASSICA 50MG | | 0,0560 | 0,00 | 0,00 | 6.451,20 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 11.609,47 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 11.609,47 | |

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 | 450.560,16 | 11.609,47 | 438.950,69 | | |
| 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: ___/___/___ | | | 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 | |