


| | | | | | | | |
|--|----------------|--|---|--|-------------|--|--|
|  | | 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 0006482 | |
| DATA EMPENHC 08/07/2022 | TIPO Global | MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 29 | Nº AF/CI 0043023 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.11.00.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00 | | Nº DA FICHA 232/0 | |
| OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS | | Nº CONTRATO: ADESÃO RP | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL | | AGENDAMENTO | EXERCÍCIO: 2022 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | FONTE: 155 Transferências de Recursos do Fundo Estadual de Saúde | | | | |
| 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 | | | | |

CREDOR

Página 1 de 1

| | | | | | | | |
|---|--|-----------|-----------------------------|----------------------------|--|--|--|
| RAZÃO SOCIAL: COSTA CAMARGO COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA | | | | CÓDIGO: 112919 | CNPJ/CPF: 36.325.157/0001-34 | | |
| ENDEREÇO: RUA JUIZ ALEXANDRE MARTINS DE CASTO FILHO, 08 | | | | BAIRRO: PRAIA DE ITAPOA | CEP: 29.101-800 | | |
| CIDADE: VILA VELHA | | UF: ES | TELEFONE: (27)03320-2210 | 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 | 100 | FR | D | HEPARINA SODICA 5000 UI SOLUÇÃO INJETAVEL | | 17,7400 | 0,00 | 0,00 | 1.774,00 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 1.774,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 1.774,00 | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

| |
|---|
| REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO PROGRAMA FARMACIA DE TODOS, CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO 199/2021 - DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS-AEC-059705/2022.RESOLUÇÃO SES Nº6487/2018. |
|---|

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

| | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------|---|--------------------------------------|--|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 08/07/2022 | INICIAL OU SALDO: 114.200,30 | EMPENHADO: 1.774,00 | SALDO DISPONÍVEL: 112.426,30 | 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. | | | 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: 01 Agência: 3431 Conta: 215758-6 01 | | | | | |
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues | |