

		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 0006499	
DATA EMPENHC 08/07/2022	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 39	Nº AF/CI 0043044	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				

Página 1 de 1

CREDOR		Página 1 de 1		
RAZÃO SOCIAL: BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			CÓDIGO: 112914	CNPJ/CPF: 18.269.125/0001-87
ENDEREÇO: AV. PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 326º		BAIRRO: CASTELO	CEP: 31.330-430	
CIDADE: BELO HORIZONTE	UF: MG	TELEFONE: (31) 25360333	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	200	UN	D	CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		8,7195	0,00	0,00	1.743,90				
002	300	FR	D	AMOXILINA+CLAVULANATO DE POTASSIO 50+12,5MG/ML PÓ PARA SUSP ORAL		8,3977	0,00	0,00	2.519,31				
003	300	AM	D	HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/ML INJ		5,4634	0,00	0,00	1.639,02				
004	200	AM	D	HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUÇÃO INJ		1,2317	0,00	0,00	246,34				
005	30.000	CP	D	Metoprolol Succinato 50mg-comprimido		0,3624	0,00	0,00	10.872,00				
006	2.000	CP	D	HIDRALAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO		0,2927	0,00	0,00	585,40				
007	5.000	CP	D	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100MG COMP		0,2439	0,00	0,00	1.219,50				
008	35.000	CT	D	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG COMPRIMIDO		0,1250	0,00	0,00	4.375,00				
009	900	CP	D	VARFARINA SÓDICA 5 MG COMPRIMIDO		0,1074	0,00	0,00	96,66				
010	18.000	CT	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MC G COMPRIMIDO		0,0500	0,00	0,00	900,00				
011	24.000	CP	D	LEVOTIROXINA SÓDICA 50Mcg		0,0425	0,00	0,00	1.020,00				
012	24.000	CP	D	LEVOTIROXINA SODICA 25Mcg		0,0390	0,00	0,00	936,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
26.153,13		0,00		0,00		0,00						26.153,13	

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: 75.315,82	EMPENHADO: 26.153,13	SALDO DISPONÍVEL: 49.162,69	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: ___/___/___			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	