

		<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>0006506</b>	
DATA EMPENHC <b>08/07/2022</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 42	Nº AF/CI 0043051	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.11.00.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00		Nº DA FICHA <b>232/0</b>	
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		Nº CONTRATO: ADESÃO RP	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL		AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: <b>2022</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>			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

<b>CREDOR</b>				<b>Página 1 de 1</b>			
RAZÃO SOCIAL: <b>MULTIFARMA COMERCIAL LTDA</b>				CÓDIGO: <b>112915</b>	CNPJ/CPF: <b>21.681.325/0001-57</b>		
ENDEREÇO: RUA 03, 283				BAIRRO: PARQUE NORTE		CEP: 33.200-000	
CIDADE: VESPASIANO			UF: MG	TELEFONE: (31)25228170	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	UN	D	FENITOINA SÓDICA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOVA OU INTRAMUSCULAR)		2,7727	0,00	0,00	277,27				
002	300	UN	D	PROMETAZINA CLORIDATO 25MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL(VIA INTRAMUSCULAR)		2,0244	0,00	0,00	607,32				
003	250	CT	D	MICONAZOL NITRATO 20MG/G CREME		2,0000	0,00	0,00	500,00				
004	200	FR	D	IBUPROFENO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		1,3171	0,00	0,00	263,42				
005	160	CT	D	CABERGOLINA 0,5 MG COMPRIMIDO		0,8940	0,00	0,00	143,04				
006	4.000	CP	D	CARBAMAZEPINA 400 MG COMPRIMIDO		0,4659	0,00	0,00	1.863,60				
007	12.000	CP	D	NORTRIPTILINA CLORIDRATO 50 MG CAPSULA		0,2716	0,00	0,00	3.259,20				
008	1.200	CX	D	HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO		0,2439	0,00	0,00	292,68				
009	5.000	CT	D	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO		0,2317	0,00	0,00	1.158,50				
010	30.000	CT	D	GLICLAZIDA 60 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA		0,2147	0,00	0,00	6.441,00				
011	5.000	CP	D	NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG CAPSULA		0,1924	0,00	0,00	962,00				
012	5.000	CT	D	FENITOÍNA SÓDICA 100MG COMP		0,1045	0,00	0,00	522,50				
013	15.000	UN	D	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO		0,0875	0,00	0,00	1.312,50				
014	15.000	CP	D	CARVEDILOL 3,125 MG		0,0705	0,00	0,00	1.057,50				
015	1.500	CP	D	PROPRANOLOL CLORIDRATO 40MG		0,0264	0,00	0,00	39,60				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
18.700,13		0,00		0,00		0,00						<b>18.700,13</b>	

**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 DE 13/11/2018
--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				<b>Contadora:</b>	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 08/07/2022	INICIAL OU SALDO: 36.719,47	EMPENHADO: 18.700,13	SALDO DISPONÍVEL: 18.019,34	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: 001 Agência: 3392 Conta: 01/62178 1	

BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues
--------	----------	-----------	------------	--------------------------------------