

		<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>0011215</b>	
DATA EMPENHC <b>04/11/2022</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 66	Nº AF/CI 0046303	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.11.00.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00		CO:	Nº 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 SAUDE 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>CREADOR</b>		RAZÃO SOCIAL: <b>ACÁCIA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA</b>		CÓDIGO: <b>112944</b>	CNPJ/CPF: <b>03.945.035/0001-91</b>
ENDEREÇO: Avenida Princesa do Sul, 3303			BAIRRO: Jardim Andere	CEP: 37.062-180	
CIDADE: Varginha	UF: MG	TELEFONE:	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	250	CP	D	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		4,3902	0,00	0,00	1.097,55				
002	300	CX	D	DEXAMETASONA 1 MG/G (0,1%) CREME DERMATOLOGICO		1,0366	0,00	0,00	310,98				
003	180	FR	D	ALBENDAZOL 40 MG/ML ORAL		0,8512	0,00	0,00	153,22				
004	3.000	CP	D	AZITROMICINA 500 MG		0,7805	0,00	0,00	2.341,50				
005	300	UN	D	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL(CLORETO DE SODIO+GLICOSE+CITRATO DE SÓDIO+CLORETO DE POTASSIO)3,5+20,0+2,9+1,5G PÓ PARA PREPARAÇÃO EXTEMPORANEA		0,6829	0,00	0,00	204,87				
006	500	UN	D	FLUCONAZOL 150		0,2942	0,00	0,00	147,10				
007	56.000	CP	D	OMEPRAZOL 20 MG		0,0907	0,00	0,00	5.079,20				
008	45.000	CT	D	METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO		0,0619	0,00	0,00	2.785,50				
009	15.000	CP	D	Sinvastatina 10MG Comprimido		0,0528	0,00	0,00	792,00				
010	60.000	CP	D	AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25MG CP		0,0511	0,00	0,00	3.066,00				
011	2.000	CP	D	SULFATO FERROSO 122,97 MG(40MG DE FERRO ELEMANTAR COMPRIMIDO)		0,0390	0,00	0,00	78,00				
012	40.000	UN	D	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO		0,0188	0,00	0,00	752,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
16.807,92		0,00		0,00		0,00						<b>16.807,92</b>	

**HISTÓRICO DO EMPENHO**

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS,CONFORME A ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº199/2021-DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS-AEC-062853/2022.
---

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 04/11/2022	INICIAL OU SALDO: 25.600,00	EMPENHADO: 16.807,92	SALDO DISPONÍVEL: 8.792,08	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: 001 Agência: 32-9 Conta: 15184-X					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues	