


| | | | | | | | |
|---|----------------|--|---------------------|--|-------------|--|--------------------------|
|  | | 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 0003708 | |
| DATA EMPENHC 13/04/2023 | TIPO Global | MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 7/ | Nº AF/CI 0049941 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00 | | CO: 1002 | Nº FICHA 277/0 |
| OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS | | CONTRATO: Adesão RP 502 | TIPO: Ata Reg | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA | AGENDAMENTO | EXERCÍCIO: 2023 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | | FONTE/DET/SUB: 1500 000 1002 RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS | | | |
| ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO | | SUBFUNÇÃO: 303 | | Suporte Profilático e Terapêutico | | | |
| ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAGIPE | | PROGRAMA: 0009 | | SAUDE HUMANIZADA PARA TODOS | | | |
| UNIDADE: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | PROJ/ATIV: 2.155 | | MANUTENÇÃO DA ASSISTENCIA FARMACÊUTIC. | | | |
| SUBUNIDADE: 02 FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | | ELEMENTO: 3.3.90.30.00.00 | | Material de Consumo | | | |
| FUNÇÃO: 10 Saúde | | SUBELEMENTO 3.3.90.30.99.00 | | Outros Materiais de Consumo | | | |

Página 1 de 1

| | | | | | |
|---|--|--|-----------------------------|--------------------------|--|
| CREADOR | | 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 | 3.000 | CP | D | FINASTERIDA 5 MG COMP | | 0,2477 | 0,00 | 0,00 | 743,10 | | | | |
| 002 | 10.500 | CT | D | AMOXILINA 500MG CAPSULA | | 0,1565 | 0,00 | 0,00 | 1.643,25 | | | | |
| 003 | 2.600 | CP | D | ALENDRONATO SÓDIO 70 MG COMPRIMIDO | | 0,1320 | 0,00 | 0,00 | 343,20 | | | | |
| 004 | 12.000 | CT | D | LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO | | 0,0556 | 0,00 | 0,00 | 667,20 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 3.396,75 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 3.396,75 | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

| |
|---|
| REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO PROGRAMA FARMACIA DE TODOS, CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº247/2022. DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS-AEC-64817/2023. |
|---|

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

| | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------|---|--------------------------------------|--|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 13/04/2023 | INICIAL OU SALDO: 209.000,00 | EMPENHADO: 3.396,75 | SALDO DISPONÍVEL: 205.603,25 | 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 | |