

		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 0001487	
DATA EMPENHC 06/02/2024	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 10	Nº AF/CI 0057617	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00		CO: 0000	Nº FICHA 289/0
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		CONTRATO: ad rp-5458	TIPO: Ctr Adm	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL	AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: 2024	
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				FONTE/DET/SUB: 1600 000 8202 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS prove			
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

CREDOR		RAZÃO SOCIAL: PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA		CÓDIGO: 112917	CNPJ/CPF: 73.856.593/0010-57
ENDEREÇO: RUA CHOPIN (MZNINO 1, SALA 1), 33			BAIRRO: CHÁCARAS REUNIDAS	CEP: 32.183-150	
CIDADE: CONTAGEM		UF: MG	TELEFONE: (45) 21031106	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	150	CP	D	MICONAZOL NITRATO 20 MG/G CREME VAGINAL		7,1951	0,00	0,00	1.079,26				
002	300	UN	D	AMOXILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL		3,2840	0,00	0,00	985,20				
003	100	FR	D	Dexclorfeniramina Maleato 0,4mg/ml solução oral		1,6704	0,00	0,00	167,04				
004	400	CX	D	DEXAMETASONA 1 MG/G (0,1%) CREME DERMATOLOGICO		1,5340	0,00	0,00	613,60				
005	200	FR	D	IPRATRÓPIO BROMETO 0,25 MG/ML SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO		1,0100	0,00	0,00	202,00				
006	840	CT	D	AMOXILINA 500MG CAPSULA		0,2261	0,00	0,00	189,92				
007	5.000	CP	D	IBUPROFENO 600 MG CP		0,1534	0,00	0,00	767,00				
008	40.000	UN	D	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO		0,1136	0,00	0,00	4.544,00				
009	1.200	CP	D	ALOPURINOL 100MG		0,1136	0,00	0,00	136,32				
010	10.000	CT	D	DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO		0,1125	0,00	0,00	1.125,00				
011	50.000	CT	D	METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO		0,1000	0,00	0,00	5.000,00				
012	96.000	CP	D	LOSARTANA POTASSICA 50MG		0,0350	0,00	0,00	3.360,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
18.169,34		0,00		0,00		0,00						18.169,34	

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO PROGRAMA FARMACIA DE TODOS, CONFORME ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº317/2023-DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS-AEC-073139/2024.Conta-9510-9

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 06/02/2024	INICIAL OU SALDO: 99.786,70	EMPENHADO: 18.169,34	SALDO DISPONÍVEL: 81.617,36	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.

Data: ___/___/___ _____ Responsável

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: 3306 Conta: 99805-2

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