

		<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>0004944</b>	
DATA EMPENHC <b>13/05/2024</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 44	Nº AF/CI 0059877	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00		CO: 0000	Nº FICHA <b>289/0</b>
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		CONTRATO: ad rp-5547	TIPO: Ctr Adm	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA	AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: <b>2024</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE/DET/SUB: 1621 000 8222 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

<b>CREDOR</b>		RAZÃO SOCIAL: <b>CIMED INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS LTDA</b>		CÓDIGO: <b>112934</b>	CNPJ/CPF: <b>02.814.497/0007-00</b>
ENDEREÇO: ROD AMG 1920			BAIRRO: CENTRO	CEP: 37.567-000	
CIDADE: S.SEBASTIÃO DA BELA VISTA		UF: MG	TELEFONE: 35-2102-2000	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	FR	D	LORATADINA 1 MG/ML XAROPE		2,5488	0,00	0,00	509,76				
002	1.500	CP	D	FINASTERIDA 5 MG COMP		0,2150	0,00	0,00	322,50				
003	9.900	CP	D	Metoprolol Succinato 25mg-comprimido		0,1480	0,00	0,00	1.465,20				
004	2.100	CP	D	DOXAZOSINA MESILATO 4 MG COMP		0,1320	0,00	0,00	277,20				
005	960	CP	D	CARVEDILOL 12,5 MG COMPRIMIDO		0,0750	0,00	0,00	72,00				
006	1.080	CP	D	CARVEDILOL 6,25 MG COMPRIMIDO		0,0650	0,00	0,00	70,20				
007	63.000	CP	D	SINVASTATINA 20 MG COMP		0,0580	0,00	0,00	3.654,00				
008	1.500	CT	D	ENALAPRIL MALEATO 5 MG COMPRIMIDO		0,0380	0,00	0,00	57,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
6.427,86		0,00		0,00		0,00						6.427,86	

**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-076933/2024-Conta 8092-6.
---

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Kely Agreli Borges Goncalves

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 13/05/2024	INICIAL OU SALDO: 28.398,40	EMPENHADO: 6.427,86	SALDO DISPONÍVEL: 21.970,54	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: 3322 Conta: 01/15630 2

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