

		<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>0004955</b>	
DATA EMPENHC <b>13/05/2024</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 55	Nº AF/CI 0059888	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00		CO: 1002	Nº FICHA <b>289/0</b>
OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS		CONTRATO: Ad rp-5560	TIPO: Ctr Adm	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA	AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: <b>2024</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FONTE/DET/SUB: 1500 000 1002 Recursos não vinculados de Impostos			
ORGÃO: 02 PODER EXECUTIVO ENTIDADE: 01 PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAGIPE UNIDADE: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUBUNIDADE: 02 FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 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>CREDOR</b>		<b>Página 1 de 1</b>		
RAZÃO SOCIAL: <b>SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b>			CÓDIGO: <b>113160</b>	CNPJ/CPF: <b>12.927.876/0001-67</b>
ENDEREÇO: PEDRO ROSA DA SILVA Nº51:		BAIRRO: RESIDENCIAL PARK	CEP: 37.640-000	
CIDADE: EXTREMA	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	100	UN	D	PREDNISOLONA FOSFATO SODICO 3 MG/ML SOLUÇÃO ORAL		3,9545	0,00	0,00	395,45				
002	200	AM	D	HIDROCORTISONA SUCCINATO DE SÓDIO 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJ		3,3409	0,00	0,00	668,18				
003	100	AM	D	Norepinefina Hemitartrato 2mg/ml Solução Injetável		1,9800	0,00	0,00	198,00				
004	100	UN	D	FENITOINA SÓDICA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOVA OU INTRAMUSCULAR)		1,7602	0,00	0,00	176,02				
005	500	AM	D	FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL		0,9545	0,00	0,00	477,25				
006	4.000	AM	D	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL		0,8750	0,00	0,00	3.500,00				
007	100	AM	D	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 5 MG/ML		0,7195	0,00	0,00	71,95				
008	100	AM	D	ATROPINA SULFATO 0,25 MG/ML		0,6890	0,00	0,00	68,90				
009	16.800	CP	D	OMEPRAZOL 20 MG		0,0415	0,00	0,00	697,20				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		TOTAL GERAL:	
6.252,95		0,00		0,00		0,00						6.252,95	

**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
---

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Kely Agreli Borges Goncalves

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				<b>Contadora:</b>	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 13/05/2024	INICIAL OU SALDO: 19.686,14	EMPENHADO: 6.252,95	SALDO DISPONÍVEL: 13.433,19	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: 01 Agência: 3415 Conta: 5240-X 01

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