

		<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>0006089</b>	
DATA EMPENHC <b>10/06/2024</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 66	Nº AF/CI <b>0060603</b>	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-5590	TIPO: Ctr Adm	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL	AGENDAMENTO	EXERCÍCIO: <b>2024</b>	
<b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>				FUNTE/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			

**CREDOR**

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: <b>BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b>			CÓDIGO: <b>112914</b>	CNPJ/CPF: <b>18.269.125/0001-87</b>
ENDEREÇO: AV. PRESIDENTE TANCREDO NEVES, 326 <sup>º</sup>		BAIRRO: CASTELO	CEP: 31.330-430	
CIDADE: BELO HORIZONTE	UF: MG	TELEFONE: (31) 25360333	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	IBUPROFENO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL		2,3170	0,00	0,00	463,40		
002	3.600	CP	D	ALOPURINOL 300 MG		0,2242	0,00	0,00	807,12		
VALOR DOS PRODUTOS: 1.270,52						DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA: 0,00	GUIA EXTRA: 0,00	TOTAL GERAL: 1.270,52

**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-077855/2024. CONTA-9510-9
--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 10/06/2024	INICIAL OU SALDO: 55.022,17	EMPENHADO: 1.270,52	SALDO DISPONÍVEL: 53.751,65	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: 3392 Conta: 6463-7 01					
BANCO:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues	