


|   |                |  |                            |  |             |  |                          |
|---|----------------|--|----------------------------|--|-------------|--|--------------------------|
|  |                | <b>Prefeitura Municipal de Itapagipe</b><br>Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG<br>Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033<br>CNPJ: 21.226.840/0001-47 |                            |  |             | <b>NOTA DE EMPENHO</b><br><br><b>0006090</b> |                          |
| DATA EMPENHC<br><b>10/06/2024</b>   | TIPO<br>Global | MODALIDADE<br>Adesão a Registro de Preços 67   | Nº AF/CI<br><b>0060604</b> | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA<br>02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00     |             | CO:<br>0000                                  | Nº FICHA<br><b>289/0</b> |
| OBJETO DA DESPESA<br>MEDICAMENTOS   |                | CONTRATO:<br>ad rp- 5591   | TIPO:<br>Ctr Adm           | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO<br>MENSAL  | AGENDAMENTO | EXERCÍCIO: <b>2024</b>                       |                          |
| <b>INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA</b>                                     |                |  |                            | 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

|   |  |  |                                |                          |  |
|---|--|--|--------------------------------|--------------------------|--|
| <b>CREADOR</b>  |  | RAZÃO SOCIAL:<br><b>EUGIA PHARMA INDUSTRIA FARMACEUTICA LIMITAD/</b> |                                | CÓDIGO:<br><b>210862</b> | CNPJ/CPF:<br><b>44.639.493/0001-80</b> |
| ENDEREÇO:<br>R VP 6, Nº SN, QUADRA09 MODULO 12/15 BLOCO A   |  |  | BAIRRO:<br>D. Ind. de Anápolis | CEP:<br>75.132-135       |  |
| CIDADE:<br>ANAPOLIS   |  | UF:<br>GO  | TELEFONE:<br>(62) 4015-3404    | 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                 | 2.000 | UN         | D   | CEFTRIAXONA 1 G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA) |       | 3,0900         | 0,00   | 0,00               | 6.180,00    |             |  |              |  |
| VALOR DOS PRODUTOS: |       | DESCONTOS: |     | IMPOSTOS:  |       | FRETE:         |        | GUIA ORÇAMENTÁRIA: |             | GUIA EXTRA: |  | TOTAL GERAL: |  |
| 6.180,00            |       | 0,00       |     | 0,00   |       | 0,00           |        |                    |             |             |  | 6.180,00     |  |

**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:<br>10/06/2024  | INICIAL OU SALDO:<br>53.751,65 | EMPENHADO:<br>6.180,00   | SALDO DISPONÍVEL:<br>47.571,65  | 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:  |                                | Agência: Conta:          |   |                                      |  |
| BANCO:  | AGÊNCIA:                       | Nº CONTA:                | Nº CHEQUE:  | TESOUREIRO:<br>Vaine Alves Rodrigues |  |