


| | | | | | | | |
|---|----------------|--|----------------------------|---|-------------|--|--------------------------|
|  | | 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 0006103 | |
| DATA EMPENHC 10/06/2024 | TIPO Global | MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 77 | Nº AF/CI 0060621 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00 | | CO: 1002 | Nº FICHA 289/0 |
| OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS | | CONTRATO: ad rp-5601 | TIPO: Ctr Adm | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL | AGENDAMENTO | EXERCÍCIO: 2024 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | | 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 SAÚDE 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

| | | | | |
|---|-----------|------------------------------|--------------------------|--|
| CREDOR | | Página 1 de 1 | | |
| 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 | 350 | UN | D | AMOXILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL | | 3,2830 | 0,00 | 0,00 | 1.149,05 | | | | |
| 002 | 500 | FR | D | ACICLOVIR SODICO 50 MG/G(5%) CREME | | 2,1000 | 0,00 | 0,00 | 1.050,00 | | | | |
| 003 | 350 | FR | D | Dexclorfeniramina Maleato 0,4mg/ml solução oral | | 1,6670 | 0,00 | 0,00 | 583,45 | | | | |
| 004 | 900 | CT | D | ALBENDAZOL 400MG COMP MASTIGAVEL | | 0,4170 | 0,00 | 0,00 | 375,30 | | | | |
| 005 | 1.800 | CP | D | ALOPURINOL 100MG | | 0,1136 | 0,00 | 0,00 | 204,48 | | | | |
| 006 | 30.000 | CT | D | DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO | | 0,1125 | 0,00 | 0,00 | 3.375,00 | | | | |
| 007 | 12.000 | CP | D | ATENOLOL 50MG COMPR | | 0,0409 | 0,00 | 0,00 | 490,80 | | | | |
| 008 | 46.080 | CP | D | LOSARTANA POTASSICA 50MG | | 0,0350 | 0,00 | 0,00 | 1.612,80 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 8.840,88 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 8.840,88 | |

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. |
|---|

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

| | | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------|---|--------------------------------------|--|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 10/06/2024 | INICIAL OU SALDO: 55.048,40 | EMPENHADO: 8.840,88 | SALDO DISPONÍVEL: 46.207,52 | 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: 001 Agência: 3306 Conta: 99805-2 | | | | | |
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues | |