

		<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>0007300</b>	
DATA EMPENHC <b>05/07/2024</b>	TIPO Global	MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 86	Nº AF/CI 0061414	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-5640	TIPO: Ctr Adm	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL	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 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

<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	600	CP	D	FINASTERIDA 5 MG COMP		0,2150	0,00	0,00	129,00				
002	9.000	CP	D	Metoprolol Succinato 25mg-comprimido		0,1480	0,00	0,00	1.332,00				
003	300	CP	D	DOXAZOSINA MESILATO 4 MG COMP		0,1320	0,00	0,00	39,60				
004	1.800	CP	D	SINVASTATINA 40MG		0,1250	0,00	0,00	225,00				
005	900	CP	D	CARVEDILOL 12,5 MG COMPRIMIDO		0,0750	0,00	0,00	67,50				
006	900	CP	D	CARVEDILOL 6,25 MG COMPRIMIDO		0,0650	0,00	0,00	58,50				
007	2.000	CP	D	ENALAPRIL MALEATO 5 MG COMPRIMIDO		0,0380	0,00	0,00	76,00				
008	1.000	CP	D	CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO		0,0190	0,00	0,00	19,00				
009	2.000	UN	D	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO		0,0170	0,00	0,00	34,00				
VALOR DOS PRODUTOS:		DESCONTOS:		IMPOSTOS:		FRETE:		GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:		<b>TOTAL GERAL:</b>	
1.980,60		0,00		0,00		0,00						<b>1.980,60</b>	

**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-79511/2024
--

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Gerado por: Luciane Queiroz

<b>DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO</b>				Contadora:	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 05/07/2024	INICIAL OU SALDO: 10.756,29	EMPENHADO: 1.980,60	SALDO DISPONÍVEL: 8.775,69	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: ___/___/___			Data: ___/___/___		
Responsável			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	