


| | | | | | | | |
|---|----------------|--|----------------------------|--|-------------|--|--------------------------|
|  | | 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 0009645 | |
| DATA EMPENHC 05/09/2024 | TIPO Global | MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 10 | Nº AF/CI 0062970 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.10.02.10.303.0009.02.2.155.3.3.90.30.00.00 | | CO: 0000 | Nº FICHA 289/0 |
| OBJETO DA DESPESA MEDICAMENTOS | | CONTRATO: Ad-rp-5691 | TIPO: Ctr Adm | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL | AGENDAMENTO | EXERCÍCIO: 2024 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | | FUNTE/DET/SUB: 1621 000 8222 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

| | | | |
|---|--|----------------------|--|
| CREDOR | | Página 1 de 1 | |
| RAZÃO SOCIAL: CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA | | | CÓDIGO: 112922 |
| ENDEREÇO: RODOVIA ITAPIRA /LINDÓIA KM 14 S/N' | | | CNPJ/CPF: 44.734.671/0001-51 |
| CIDADE: ITAPIRA | | UF: SP | TELEFONE: |
| Bairro: PONTE PRETA | | CEP: 13.970-000 | |
| 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 | 3.000 | CP | D | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO | | 0,1000 | 0,00 | 0,00 | 300,00 | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: 300,00 | | | | | | DESCONTOS: 0,00 | IMPOSTOS: 0,00 | FRETE: 0,00 | GUIA ORÇAMENTÁRIA: 300,00 | GUIA EXTRA: 0,00 | TOTAL GERAL: 300,00 |

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS-PROGRAMA FARMÁCIA DE TODOS, CONFORME A ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 317/2023 DECRETO MUNICIPAL Nº592 DE 11/07/2017 E AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DE COMPRAS-AEC-080922/2024. CONTA-8092-6

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Luciane Queiroz

| | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------|---|--------------------------------------|--|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 05/09/2024 | INICIAL OU SALDO: 8.214,25 | EMPENHADO: 300,00 | SALDO DISPONÍVEL: 7.914,25 | 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: 5115 Conta: 01/2014 1 | | | | | |
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues | |