


| | | | | | | | |
|---|----------------|--|----------------------------|---|-------------|--|--------------------------|
|  | | 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 0010981 | |
| DATA EMPENHC 10/10/2024 | TIPO Global | MODALIDADE Adesão a Registro de Preços 12 | Nº AF/CI 0063910 | 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-5757 | TIPO: Ctr Adm | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MENSAL | AGENDAMENTO | EXERCÍCIO: 2024 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | | FUNTE/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: ACÁCIA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA | | | | | CÓDIGO: 112944 | CNPJ/CPF: 03.945.035/0001-91 | |
| ENDEREÇO: Avenida Princesa do Sul, 3303 | | | | BAIRRO: Jardim Andere | | CEP: 37.062-180 | |
| CIDADE: Varginha | | | UF: MG | TELEFONE: | 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 | 2.500 | CT | D | DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2MG COMPRIMIDO | | 0,0440 | 0,00 | 0,00 | 110,00 |
| 002 | 1.260 | UN | D | ANLODIPINO BESILATO 10 MG COMP | | 0,0405 | 0,00 | 0,00 | 51,03 |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | | | | | 161,03 | DESCONTOS: | | 0,00 |
| IMPOSTOS: | | | | | | 0,00 | FRETE: | | 0,00 |
| GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | | | | | | GUIA EXTRA: | | |
| | | | | | | | TOTAL GERAL: | | 161,03 |

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-081707/2024. |
|---|

OUTRAS INFORMAÇÕES

Gerado por: Kely Agreli Borges Goncalves

| | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------|---|--------------------------------------|--|
| DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO | | | | Contadora: | |
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 10/10/2024 | INICIAL OU SALDO: 70.169,07 | EMPENHADO: 161,03 | SALDO DISPONÍVEL: 70.008,04 | 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: 32-9 Conta: 15184-X | | | | | |
| BANCO: | AGÊNCIA: | Nº CONTA: | Nº CHEQUE: | TESOUREIRO: Vaine Alves Rodrigues | |