



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


NOTA EXPLICATIVA

Os repasses financeiros para “CORONAVÍRUS (COVID-19)” estão vinculados ao Bloco de Custeio, em grupo de despesa específico, para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por, ações de atenção básica, vigilância, média e alta complexidade, bem como aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do coronavírus. De acordo com a folha de pagamento, conforme nota de empenho 0004355, apresento o custeio de folha de servidores e encargos de atividades fins, com objetivo a assistência à saúde ao manejo clínico da Covid-19 que é composto de práticas clínicas existentes nas Redes de Atenção à Saúde: Avaliação de Síndrome Gripal (SG), avaliação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e serviços ambulatoriais. A qual será paga com recurso de enfrentamento da emergência de Saúde – COVID- 19.

Itapagipe, 25 de junho de 2020

 Jussara Agreli Ferreira
CPF: 340.703.998-01
Secretária Mun. de Saúde

Jussara Agreli Ferreira
Secretária Municipal de Saúde

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|--|--|
|  | Prefeitura Municipal de Itapagipe | | | | NOTA DE EMPENHO | |
| | Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033 CNPJ: 21.226.840/0001-47 | | | | 0004355 | |
| DATA EMPENHO 25/06/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Folha de pagamento | Nº AF/CI | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.301.0501.01.2.158.3.1.90.13.00.00 | Nº DA FICHA 619/0 | |
| OBJETO DA DESPESA FOLHA DE PAGAMENTO | | Nº CONTRATO: | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA | | EXERCÍCIO: 2020 | |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | FONTE: 161 Auxílio Financeiro no Enfrentamento à Covid-19 para Aplicaçã | | | |
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO | ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe | | SUBFUNÇÃO: 301 | | Atenção Básica | |
| UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | SUBUNIDADE: | | PROGRAMA: 0501 | | AUXÍLIO FINANCEIRO-ENFRENTAMENTO COVID | |
| FUNÇÃO: 10 Saúde | | | PROJ/ATIV: 2.158 | | Auxílio Financeiro- Enfrentamento Covid-19 | |
| | | | ELEMENTO: 3.1.90.13.00.00 | | Obrigações Patronais | |
| | | | SUBELEMENTO 3.1.90.13.02.00 | | Contribuição Patronal para o INSS (exceto a Incidente so | |

CREDOR

Página 1 de 1

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|-------------------|--------------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL: Instituto Nacional do Seguro Social - INSS | | | | CÓDIGO: 000204 | CNPJ/CPF: 29.979.036/0001-40 |
| ENDEREÇO: Rua 08 Nº 1000 | | | BAIRRO: Centro | CEP: 38.240-000 | |
| CIDADE: Itapagipe | 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 | CONTA | VALOR UNITÁRIO | % DESC | % IMP. | VALOR TOTAL | | | | |
|---------------------|------|------------|-----|---------------|-------|----------------|--------|--------------------|-------------|-------------|--|---------------------|--|
| 001 | 1 | | D | PATRONAL INSS | | 2.576,53 | 0,00 | 0,00 | 2.576,53 | | | | |
| 002 | 1 | | D | SAT | | 128,82 | 0,00 | 0,00 | 128,82 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 2.705,35 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | | | | | 2.705,35 | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A PAGAMENTO DE OBRIGACOES PATRONAIS NO MES 06/2020 Fte. Recurso: AUXILIO FINANCEIRO NO ENFRET À COVID-19

OUTRAS INFORMAÇÕES**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------|--|
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 25/06/2020 | INICIAL OU SALDO: 2.705,35 | EMPENHADO: 2.705,35 | SALDO DISPONÍVEL: 0,00 | Contadora: 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.

Data: ___/___/___ _____
Responsável

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: 104 | AGÊNCIA: 4279 | Nº CONTA: 2-5 | Nº CHÉQUE: | TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva |
|---------------|------------------|------------------|------------|--|