



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 0004936, 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, 24 de julho 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

Rua 08, nº 1000 - Itapagipe/MG
Cep: 38.240-000 - Telefone: (34)34242033
CNPJ: 21.226.840/0001-47

NOTA DE EMPENHO**0004936**

DATA EMPENHO 24/07/2020	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		551,75	0,00	0,00	551,75
002	1		D	SAT		27,59	0,00	0,00	27,59
VALOR DOS PRODUTOS: 579,34						DESCONTOS: 0,00		IMPOSTOS: 0,00	
FRETE: 0,00						GUIA ORÇAMENTÁRIA:		GUIA EXTRA:	
						TOTAL GERAL:		579,34	

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A PAGAMENTO DE OBRIGACOES PATRONAIS NO MES 07/2020 Fte. Recurso: AUXILIO FINANCEIRO NO ENFRET À COVID-19

OUTRAS INFORMAÇÕES**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

DATA CONTABILIZAÇÃO: 24/07/2020	INICIAL OU SALDO: 579,34	EMPENHADO: 579,34	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:	AGÊNCIA:	Nº CONTA:	Nº CHEQUE:	TESOUREIRA: Patrícia Ferreira Leite Silva
--------	----------	-----------	------------	----------------------------------------------