



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 0004938, 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**0004938**

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------------|----------|--|----------------------|
| DATA EMPENHO 24/07/2020 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Folha de pagamento | Nº AF/CI | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 02.01.09.00.10.122.0500.01.2.147.3.1.90.13.00.00 | Nº DA FICHA 623/0 |
|----------------------------|-------------------|----------------------------------|----------|--|----------------------|

| | | | |
|---|--------------|-----------------------------------|------------------------|
| OBJETO DA DESPESA FOLHA DE PAGAMENTO | Nº CONTRATO: | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO 'A VISTA | EXERCÍCIO: 2020 |
|---|--------------|-----------------------------------|------------------------|

| | |
|---|---|
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | FONTE: 154 Outras Transferências de Recursos do SUS |
|---|---|

| | |
|---|--|
| ORGÃO: 02 EXECUTIVO | SUBFUNÇÃO: 122 Administração Geral |
| ENTIDADE: 01 Prefeitura Municipal Itapagipe | PROGRAMA: 0500 ENFRENTAMENTO COVID-19 |
| UNIDADE: 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | PROJ/ATIV: 2.147 ENFRENTAMENTO COVID-19 |
| SUBUNIDADE: | ELEMENTO: 3.1.90.13.00.00 Obrigações Patronais |
| FUNÇÃO: 10 Saúde | SUBELEMENTO 3.1.90.13.02.00 Contribuição Patronal para o INSS (exceto a Incidente sol) |

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 | | 12.409,92 | 0,00 | 0,00 | 12.409,92 | | | | |
| 002 | 1 | | D | SAT | | 620,52 | 0,00 | 0,00 | 620,52 | | | | |
| 003 | 1 | | R | SALARIO FAMILIA INSS | 218810499020022 | -48,62 | 0,00 | 0,00 | -48,62 | | | | |
| 004 | 1 | | R | SALARIO MATERNIDADE INSS | 218810499020028 | -1.397,57 | 0,00 | 0,00 | -1.397,57 | | | | |
| VALOR DOS PRODUTOS: | | DESCONTOS: | | IMPOSTOS: | | FRETE: | | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | | GUIA EXTRA: | | TOTAL GERAL: | |
| 13.030,44 | | 1.446,19 | | 0,00 | | 0,00 | | | | 274969 | | 11.584,25 | |

HISTÓRICO DO EMPENHO

REFERENTE A PAGAMENTO DE OBRIGACOES PATRONAIS NO MES 07/2020 Fte. Recurso: Outras transferências de Recurso SUS

OUTRAS INFORMAÇÕES**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--|
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 24/07/2020 | INICIAL OU SALDO: 26.320,40 | EMPENHADO: 13.030,44 | SALDO DISPONÍVEL: 13.289,96 | 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 |
|--------|----------|-----------|------------|--|